

**Бюджетное учреждение  
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры для детей,  
нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи  
«ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И  
КОРРЕКЦИИ»**

**«Меры предупреждения суицидального поведения детей в семье, употребление ПАВ,  
распространение ВИЧ-инфекции»**

Методические рекомендации

г. Ханты-Мансийск, 2013 год.

Методические рекомендации «Меры предупреждения суицидального поведения детей в семье, употребление ПАВ, распространение ВИЧ-инфекции»

Составители: Мальцева Н. С., директор БУ «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции»  
Ведрова Л. А., методист БУ «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции»

Рецензент: Снегирева Т. В., заведующий кафедрой психологии образования и развития НГГУ, кандидат психологических наук, доцент.

Методические рекомендации «Меры предупреждения суицидального поведения детей в семье, употребление ПАВ, распространение ВИЧ-инфекции» предназначены для практических специалистов образовательных учреждений.

## Содержание

<b>Введение.....</b>	<b>4</b>
<b>Раздел 1. Теоретические аспекты проблемы суицидального поведения, употребление ПАВ, распространение ВИЧ-инфекции в подростковой среде.....</b>	<b>5</b>
1.1. Суицидальное поведение. Причины суицидального поведения детей в семье.....	5
1.2. Употребление ПАВ. Причины и последствия.....	7
1.3. Распространение ВИЧ-инфекции в подростковой среде как бич современного общества.....	9
.....	
<b>Раздел 2. Организация работы специалистов психологических служб по оказанию помощи в социально - психологической реабилитации подростков и молодежи.....</b>	<b>13</b>
2.1. Меры предупреждения суицидального поведения детей в семье.....	18
2.2. Организация работы по профилактике ПАВ.....	20
2.3. Организация работы по профилактике ВИЧ-инфекции с детьми и подростками...	<b>28</b>
<b>Список литературы.....</b>	<b>29</b>
<b>Приложения.....</b>	<b>29</b>
Приложение 1.....	32
Приложение 2.....	34
Приложение 3.....	37
Приложение 4.....	39
Приложение 5.....	42
Приложение 6.....	57
Приложение 7.....	59
Приложение 8.....	

## **Введение**

Глобальные перемены, происходящие сегодня в России, ведут к перестройке психологии человека (в том числе и молодого), его взглядов, убеждений, привычек, нравственных ценностей и социальных ролей.

Подростки наиболее чувствительны к социальным и психологическим стрессам. Именно в этом возрасте наблюдается резкий рост конфликтных, недисциплинированных, не умеющих владеть собой подростков. В особенностях трудновоспитуемости их кроются истоки алкоголизма, наркомании, распространение ВИЧ-инфекции, нравственной деградации, правонарушений, преступности, суицидальное поведение.

Личность подрастающего человека формируется не в вакууме, не сама по себе, а в окружающей его среде.

Важнейшая роль в этом деле социализации и предупреждении развития девиантного поведения, профилактики суицидального поведения и суицида подростков должна принадлежать семье, школе, общественным организациям, спортивным и культурным учреждениям города.

Своевременная помощь подросткам поможет избежать трагедий.

## **Раздел 1. Теоретические аспекты проблемы суицидального поведения, употребление ПАВ, распространение ВИЧ-инфекции в подростковой среде**

### **1.1. Суицидальное поведение. Причины суицидального поведения детей в семье**

Семье и отдельной личности в период жизненных кризисов свойственно искажение субъективного образа мира, т.е. представлений и отношении к себе и к миру в целом.

Подростковый возраст сам по себе является сложным периодом в жизни ребенка. Это период когда ребенок, начинает перенимать на себя взрослые права и обязанности, часто чувствуя беспомощность и одиночество. Суицидальные мысли и фантазии в этот момент очень распространены.

По данным отчёта Детского фонда ООН за последние годы значительно увеличилось число суицидальных попыток и завершённых самоубийств среди молодежи и даже детей. Уровень самоубийств среди российских подростков в настоящее время является одним из самых высоких в мире. Самоубийство подростков занимает третье место среди ведущих причин смертельных случаев и четвертое среди основных причин потенциальной потери жизни. Анализ материалов уголовных дел показывает, что 62% всех самоубийств несовершеннолетними совершается из-за конфликтов и неблагополучия: боязни насилия со стороны взрослых, бестактного поведения и конфликтов со стороны учителей, одноклассников, друзей, чётственности и безразличия окружающих. В целом ряде случаев подростки решались на самоубийство из-за безразличия родителей, педагогов на их проблемы и протестовали, таким образом, против безразличия и жестокости взрослых. Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру, страдающие от одиночества и чувства собственной ненужности, потерявшие смысл жизни подростки. Также причиной суицида может быть алкоголизм и наркомания, как родителей, так и самих подростков, индивидуальные психологические особенности человека, внутриличностный конфликт и т. д.

Суицидальные действия у детей часто бывают импульсивными, ситуативными и не планируются заранее. Попытки суицида являются следствием непродуктивной (защитной) адаптации к жизни – фиксированное, негибкое построение человеком или семьей отношений с собой, своими близкими и внешним миром на основе действия механизма отчуждения: попыткам разрешить трудную жизненную ситуацию непригодными, неадекватными способами.

Суицидальное поведение подростков имеет ряд особенностей, свойственных растущему организму и личности.

Суицидальная активность резко возрастает с 14 - 15 лет и достигает своего максимума в 16 - 19 лет.

Одной из причин выбора суицидального способа решения проблем, носящих возрастной характер, является неадекватное отношение к смерти. Особенностью детского понимания смерти является двойственность смерти и бытия. В сознании происходит как бы раздвоение: с одной стороны, подросток видит себя в гробу, горько оплакиваемого родственниками, с другой стороны, предполагает, что может быть свидетелем собственных похорон. Свою "временную" гибель подросток воспринимает как способ

воздействия на значимых близких. Только к концу подросткового возраста формируется правильное представление о смерти как необратимом прекращении жизни.

Считается, что половина суицидальных попыток в подростковом возрасте являются демонстративными, т.е. без настоящего намерения умереть, а лишь разыграть для окружающих спектакль, производящий впечатление суицидальной попытки с целью привлечь к себе внимание, добиться каких-то преимуществ, избавиться от грозящих неприятностей. Тем не менее, различить истинные и демонстративные попытки не всегда легко. Отсутствие страха смерти лежит в основе выбора всевозможных опасных игр, отсутствие жизненного опыта приводит к драматическим способам ухода из жизни. Подросток по причине своей некомпетентности может выбрать сильнодействующие лекарственные препараты, очень похожие на витамины, для демонстративно-шантажного поведения. И наоборот, иногда безобидные способы суицида, с точки зрения взрослого, свидетельствуют об искреннем желании уйти из жизни. Специалисты предлагают все суицидальные попытки расценивать как истинные и подвергать их глубокому анализу.[3]

Школьные причины суицидального поведения обычно связаны с отношениями с учителями, администрацией. Именно в школе формируются такие важные социальные запросы подростка, как: потребность в самоуважении (так как низкая оценка успеваемости связывается с недостаточным развитием способностей и интеллекта); потребность в положительной оценке значимых для него взрослых (следствием негативной оценки педагога обычно бывает отрицательная оценка родителей); потребность в общении (мнение учителя может определять мнение коллектива сверстников, низкие оценки не способствуют улучшению отношений ученика в классе).

Отношения со сверстниками (особенно противоположного пола) являются весьма значимым фактором суицидального поведения подростков. Одним из объяснений важности этих отношений служит чрезмерная зависимость от другого человека, возникающая обычно в качестве компенсации плохих отношений со своими родителями, из-за постоянных конфликтов и отсутствия контакта с ними. Бывает, что отношения с другом или подругой становятся столь значимыми, что любое охлаждение привязанности, а тем более, измена, уход к другому воспринимается как невозполнимая утрата, лишаящая смысла дальнейшую жизнь.[16]

Покушение на жизнь может быть подражанием поведению, демонстрируемому с экранов телевидения или присутствующих на страницах литературных произведений. В подростковых компаниях наблюдается повышенный интерес к темам смерти и самоубийства, обсуждается их "тайна" и "красота". Руководствуясь подобными стереотипами, суициденты рассматривают посягательство на свою жизнь не с точки зрения общественной морали, а с позиции эффективности действий.

Возрастное своеобразие аутоагрессивного поведения психически здоровых подростков, кроме всего прочего, заключается в специфике суицидальных действий, среди которых выделяются следующие:

- Самоповреждения. Для них характерно сочетание как аутоагрессии, так и гетероагрессии. В анамнезе - воспитание в неблагополучных, асоциальных семьях. Чаще всего - эпилептоидный тип акцентуации; пубертатный криз декомпенсирован; школьная адаптация нарушена. Эмоциональное состояние во время самоповреждений - злоба, обида. Для таких подростков характерно объединение в асоциальные группировки.

- Демонстративно-шантажные суициды с агрессивным компонентом. Семьи этих подростков, как правило, конфликтны, но не асоциальны. Чаще всего для таких подростков характерны: истероидные и возбудимые типы акцентуации; менее выраженная пубертатная декомпенсация; в группе сверстников - дискомфорт ввиду завышенных притязаний. В начальных классах адаптация в норме, с появлением трудностей - нарушается. Актом суицида в этом случае подросток стремится доказать свою правоту и отомстить обидчику. При этом характерна немедленная реализация, которая нередко ведет к "переигрыванию", заканчивающемуся летально. Если ситуация подобным образом не разрешается - возможен повтор.

- Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией. Семьи таких подростков дисгармоничны, с неадекватным воспитанием, в котором много противоречий. Для этих подростков характерна, как правило, истероидная акцентуация, в пубертате демонстративность, капризность, умелая манипуляция. До 5-6-го класса они хорошо адаптированы, однако с появлением трудностей школьной программы и ввиду завышенных самооценки и уровня притязаний возможна дезадаптация. В связи с этим в группе сверстников они сначала являются лидерами, но потом их ожидает тяжелое падение. Пресуицид в этом случае более продолжителен, так как происходит рациональный поиск наиболее безболезненных способов, не приносящих ущерба, при этом заранее сообщается окружающим о намерениях, вычисляется безопасная доза лекарств. При разрешении ситуации суицидальным способом происходит его закрепление.

- Суициды с мотивацией самоустранения. Семья этих подростков внешне благополучна, но нестабильна; конфликты носят скрытый характер. А поэтому для таких подростков характерны: высокая тревожность, неустойчивая самооценка, чувство вины; эмоционально-лабильная, неустойчивая, сензитивная акцентуация, психический инфантилизм, а также несамостоятельность, конформность, пассивность, низкая стрессовая толерантность. Пубертатный кризис, как правило, выливается в неврастение. Неудачи в школе вызывают страх, вину. В группе сверстников эти подростки имеют низкий статус, не могут противостоять давлению, а поэтому часто приобщаются к асоциальной деятельности. Пресуицид в этом случае длителен, с чувством страха, выбираются, как правило, достаточно опасные способы. В ближайшем постсуициде - страх смерти, стыд, раскаяние; риск повтора невелик.[7]

Причиной суицида подростка, чаще всего, является длительная конфликтная ситуация в семье. Чаще всего преобладают давящий стиль воспитания, требования беспелляционного выполнения указаний, что препятствует формированию у подростков самостоятельности в принятии решений. В форме наказаний используются унижающие высказывания, болезненные для самолюбия и снижающие самооценку подростка. Семью могут постичь такие кризисные ситуации, как смерть близких, развод или потеря работы. Родители находятся в подавленном состоянии, бывает, что ищется ответственный за возникшие проблемы. В тоже время одним из сильных факторов, удерживающих молодых людей в жизни, являются отношения с родителями. Если отношения строятся на доверительной основе, родитель относится к ребенку как к партнеру, то тогда формируются защитные механизмы, предохраняющие подростка от суицидального поведения.[16]

## **1.2. Употребление ПАВ. Причины и последствия**

К разделу психоактивных веществ относят наркотики, токсические вещества и психотропные средства, разрешенные к медицинскому применению Министерством здравоохранения. Эти химические вещества способны после приема внутрь вызывать повышенное настроение, физическую активность, улучшение самочувствия, изменение восприятия окружающего мира. При длительном систематическом приеме у человека вырабатывается патологическая психическая и физическая зависимость с определенной симптоматикой. Указанные вещества оказывают стимулирующее и седативное воздействие на человека (медицинский критерий). Эти препараты получили большое распространение среди населения и, следовательно, приобретают социальную значимость (социальный критерий). Вещества, в большинстве своем обладающие наркотическим действием, включены в список наркотических средств (юридический критерий).[4]

Медицинская классификация психоактивных веществ традиционно основывается на особенностях их действия на центральную нервную систему (стимуляторы, галлюциногены, эйфоризаторы, транквилизаторы, седативные средства и т.д.) или на способах введения (ингалянты). Одно и то же вещество, в зависимости от дозы и способа введения, может оказывать неодинаковое действие.

В соответствии с международной классификацией болезней (МКБ-10), к психоактивным средствам относятся: алкоголь, опиоиды, каннабиоиды, седативные или снотворные вещества, кокаин, стимуляторы, включая кофеин, галлюциногены, табак, летучие растворители.[8]

Высокая степень доступности наркотиков и социальная среда, сохраняющая нейтральное или даже положительное отношение к наркомании, способствуют массовому приобщению молодых людей к наркотическим и психотропным веществам. Чаще всего срабатывает феномен «группового заражения» на фоне повышенного конформизма, характерного для молодого возраста.

Более 80% несовершеннолетних, употребляющих эпизодически или постоянно наркотические вещества, уверены, что могут при желании бросить наркотики, хотя свыше 70% пробовали это, но безуспешно. Таким образом, психологического табу у несовершеннолетних на первую пробу наркотиков в большинстве случаев нет, как нет стойкой морально-нравственной защиты.

Детско-подростковая среда достаточно информирована о видах наркотических средств и эффектах их действия. Эта осведомленность сочетается с пассивным отношением к употреблению наркотических средств сверстниками по месту жительства, в школе. Такая пассивность в сочетании с относительно несложным приобретением, доступностью наркотических средств и психоактивных веществ во многом способствует широкому распространению наркомании среди молодежи. Значительными факторами, определяющими, по мнению экспертов, рост наркомании в стране, являются негативные социально-экономические процессы. По последним исследованиям, доля злоупотребляющих наркотическими средствами самая высокая в бедных семьях. В семьях с низким и очень низким достатком почти в четыре раза потребление наркотиков выше, чем в семьях со средним достатком и выше среднего.

Широкое распространение наркотиков отмечено среди бездомных и беспризорных детей. Употребление наркотиков стало нормой, ведущей к смерти, для большинства беспризорных детей. Среди «уличных детей» широко распространена токсикомания - вдыхание паров летучих органических соединений, входящих в состав



препаратов бытовой химии (клей, жидкость для снятия лака, пятновыводитель и пр.). Эти препараты являются доступными и дешевыми. Их распространение среди «уличных детей» носит характер своеобразного бизнеса — существуют свои «дилеры», «точки» продажи и пр.

Беспризорничество, как известно, граничит с «зоной», а туда, в том числе и в колонии для несовершеннолетних, зелье идет бесперебойно. Выходят они оттуда, как правило, с тяжелой наркотической зависимостью, не имея никакой надежды когда-либо от нее избавиться.

### **Особенности употребления ПАВ подростками**

1. У взрослых, посещающих наркологические клиники, употребление психоактивных веществ в основном направлено на то, чтобы избежать последствий их неупотребления (т. е. эффектов синдрома отмены). Подростки употребляют психоактивные вещества, поскольку они вызывают у них нечто такое, что они воспринимают как положительное.

2. Среди подростков употребление множества психоактивных веществ — правило, а не исключение. Они реже употребляют дорогостоящие вещества, редко прибегают к инъекциям, чаще участвуют в эпизодах тяжелого употребления и обычно страдают от последствий острой интоксикации, а не от хронического употребления.

3. Мотивация к лечению более свойственна взрослым, которые в особенности стремятся лечиться из-за тяжелых неблагоприятных последствий. Подростки, как правило, упрямые пациенты; им практически не свойственно обращаться за помощью. У них обычно меньше неблагоприятных последствий злоупотребления, и они реже имеют мотивы к изменению.

4. Различия в развитии требуют применения различных подходов. У подростков еще только формируются ценности и установки; кроме того, они имеют иные, чем у взрослых, стратегии преодоления трудностей. Например, опыт преодоления стресса, умение решать межличностные конфликты и обсуждать изменения — более характерны для взрослых. Многие подростки испытывают огромные трудности во взаимоотношениях, а личные и социальные навыки — проблемы, которыми почти всегда приходится заниматься. Навыки выбора и принятия решения у подростков еще не полностью развиты.

5. Взрослые, злоупотребляющие психоактивными веществами, часто обращаются за помощью на более поздних стадиях привыкания — обычно в стадии физической и/или психологической зависимости, а подростки, как правило, на более ранней. Поэтому последние редко нуждаются в детоксикации, а реабилитация требуется часто, поскольку злоупотребление психоактивными веществами серьезно нарушает развитие многих базовых навыков жизни (образования, социальных отношений, навыков трудоустройства и т. п.).

Следовательно, потребности подростков, употребляющих психоактивные вещества, отличаются от таковых у взрослых. Более того, они обращаются в службы со сложным комплексом психологических, личных и социальных проблем и потребностей, включая делинквентное поведение, бездомность, семейные трудности и потребности в образовании и трудовой деятельности.[15]

### **1.3. Распространение ВИЧ-инфекции в подростковой среде как бич современного общества**

В настоящее время в Российской Федерации определились новые угрожающие тенденции в распространении ВИЧ-инфекции, что ставит новые задачи по их профилактике. Тенденции таковы: – выход ВИЧ-инфекции за пределы группы риска (маргинальных групп) и распространение среди населения в целом; – вовлеченность в поражение, прежде всего молодежи и подростков; – опережающие темпы распространения ВИЧ-инфекции среди девушек и женщин и, соответственно, среди новорожденных детей. Все большее число детей с ВИЧ-инфекцией оказывается в образовательных учреждениях.

**ВИЧ** – это вирус иммунодефицита человека (называется по первым буквам слов) является возбудителем болезни, называемой **ВИЧ-инфекция**. Человек может болеть этой болезнью очень долго. В течение этого времени ВИЧ-инфекция развивается и проходит несколько стадий, последняя из которых называется **СПИД**.

**СПИД** расшифровывается как синдром приобретенного иммунодефицита: синдром – это совокупность, т.е. целый набор признаков и симптомов заболевания.

**Дефицит** - это недостаток, в данном случае в работе иммунной системы, который был приобретен в процессе жизнедеятельности от другого человека, поэтому иммунодефицит приобретенный.

То есть СПИД – это не отдельная болезнь, а очень тяжелое состояние человека, болеющего ВИЧ-инфекцией.

Наиболее типичные симптомы ВИЧ:

- снижение веса, потеря мышечной массы, дистрофия,
  - хронические простуды и диареи,
  - головные боли,
  - затрудненное дыхание (диспноэ),
  - боли в области грудной клетки,
  - ухудшение зрения,
  - парадонтологические заболевания, воспаления слизистой оболочки ротовой полости,
  - герпес, в том числе генитальный,
  - различные папилломы, кондиломы,
  - легочные заболевания - пневмонии, туберкулез,
  - заболевание вирусным гепатитом.
- К ВИЧ симптомам в совокупности с другими признаками ВИЧ относятся и депрессивные состояния.

Распространение ВИЧ-инфекции затронуло все слои населения: и взрослых, и детей. Одна из категорий, которая оказалась уязвимой перед этой болезнью, это подростки. Проблема роста и распространения ВИЧ-инфекции среди детей подросткового возраста обусловлена многими факторами. Среди них и социальные условия, и психологическая незрелость, соединенная с «взрослыми» поступками.

У детей, к которым ВИЧ инфекция попала во время беременности матери или родов, болезнь прогрессирует намного быстрее, особенно у младенцев, при этом замедляется развитие организма, возникают серьезные заболевания, способные привести к летальному исходу.

Среда имеет большое влияние: большая часть ВИЧ-инфицированных подростков чаще всего с детства находятся в асоциальном окружении, родители их злоупотребляют алкоголем, ведут беспорядочную половую жизнь. Не случайно именно в этих семьях

выявляется ВИЧ-инфекция не у одного, а у нескольких членов семьи (сестры, братья, родители).

Девочки, живущие в подобных семьях, оказываются рано втянутыми в половую жизнь, то есть к 14 годам за их плечами часто меняющиеся половые партнеры, незащищенный секс, неоднократные медицинские аборт, заболевания, передающиеся половым путем, и в итоге заражение ВИЧ-инфекцией.

Многие дети, живущие «на дне», в притонах, окружены преступной средой. Такие подростки, лишившиеся родителей, оказавшиеся на попечении своих старших братьев, сестер, других родственников и, как следствие, оставшиеся без должного внимания, более подвержены влиянию улиц. Эти подростки начинают бродяжничать, употреблять алкоголь, наркотики.

Кроме ВИЧ-инфекции более чем половина подростков в сопутствующих заболеваниях имеет хронический вирусный Гепатит С, что также усугубляет картину протекания болезни.

**Гепатит (Hepatitis)** — в общем виде, понятие, характеризующее поражение печени с признаками воспаления; используется для обозначения, как самостоятельного заболевания, так и компонента многосистемного, или генерализованного, патологического процесса.

Существует 3 основных вирусных гепатита:

Genamum A - вирус распространяется через немытые руки (пища, вода, утварь, игрушки и другие зараженные фекалиями предметы). После заражения вирусом симптомы обычно появляются только через 2-6 недель. В этот период человек может заразить других. Большинство симптомов обычно исчезают через несколько дней или недель, но чувство усталости может затянуться на месяцы по мере того, как печень приходит в норму. На полное выздоровление уходит несколько месяцев. Гепатит А обычно не поражает печень человека навсегда. Однако могут возникнуть серьезные и даже летальные осложнения.

Genamum B- более серьезная форма вирусного гепатита. У 10% заболевших гепатитом В развивается хроническая форма заболевания, длительный воспалительный процесс печени, который в некоторых случаях является причиной обширного поражения печени и даже цирроза. Гепатит В можно предотвратить путем вакцинации. Главным образом гепатит В распространяется через кровь и жидкости организма (половой контакт, зараженные иглы при в/в введении препаратов, а также иглы, использованные при татуировках, акупунктуре, пирсинге). Симптомы гепатита В главным образом идентичны другим формам гепатита, но они проявляются позже, длятся дольше и могут переноситься тяжелее; могут протекать до 2-3 месяцев, и в это время гепатит В наиболее опасен для окружающих. Вакцинация от гепатита В до момента заражения может предотвратить болезнь, а вакцинация, проведенная сразу после заражения, может остановить развитие болезни.

Genamum C - третий тип вирусного гепатита, распространяется, главным образом, также через кровь (переливание, иглы, половой контакт, т.д.). Симптомы обычно проявляются от 1 до 10 недель после заражения, но они могут быть практически не выражены (желтухи может не быть). Опасность гепатита С связана с тем, что он может привести к тяжелому хроническому гепатиту и циррозу печени. В настоящее время

возможно проведение теста на выявление скрытой формы заболевания у донорской крови, что резко снижает возможность заражения гепатитом С при переливании крови.

Проблемы лечения осложняются проблемами с диспансерным наблюдением. В связи с преобладанием асоциальной структуры среди ВИЧ-инфицированных подростков, имеются затруднения с явкой этих пациентов в Центр СПИД для проведения клинико-лабораторного обследования, своевременного определения стадии ВИЧ-инфекции и при необходимости своевременного назначения лечения.

Подростки из асоциальной среды не замкнуты в своей группе, они часть общей подростковой субкультуры. А это значит, что наше подрастающее поколение в целом оказывается неподготовленным и незащищенным перед ранними половыми отношениями, алкоголизацией и наркотизацией, поэтому наше общество должно усилить действия, направленные на профилактику, предотвращение возможного заражения.

## **Раздел 2. Организация работы специалистов психологических служб по оказанию помощи в социально - психологической реабилитации подростков и молодежи**

Социальная профилактика - это "сознательная, целенаправленная, социально организованная деятельность по предотвращению возможных социальных, психолого-педагогических, правовых и других проблем и достижению желаемого результата".[6]

Приведённое выше определение понятия "социальная профилактика" позволяет выделить основные цели, на достижение которых направлен этот процесс:

- выявление причин и условий, способствующих возникновению какой-либо проблемы или комплекса проблем;
- уменьшение вероятности или предупреждение возникновения недопустимых отклонений от системы социальных стандартов и норм в деятельности и поведении человека или группы;
- предотвращение возможных психологических, социокультурных и других коллизий у человека или группы;
- сохранение, поддержание и защита оптимального уровня и образа жизни людей;
- содействие человеку или группе в достижении поставленных целей, раскрытие их внутренних потенциалов и творческих способностей.

В рамках профилактики, осуществляемой в отношении несовершеннолетних, первостепенное значение приобретает функция воспитания, эффективная реализация которой во многом определяет позитивную направленность развития личности ребенка.

### **2.1. Меры предупреждения суицидального поведения детей в семье**

Социальная профилактика суицидального поведения выполняет многообразные функции, к числу наиболее значимых из которых относятся:

- регулятивно - предупредительная функция,
- обеспечивающая,
- охранительная (защитная),
- воспитательная функции,
- функция контроля,
- функция коррекции.[6]

Исходя из функций профилактики суицидального поведения, выделяются основные задачи, которые должны решаться в ходе этой деятельности, а именно:

- мониторинг, анализ и прогноз явлений (процессов, факторов, причин, условий), способствующих суицидальному поведению;
- изучение специфических особенностей жизнедеятельности людей, склонных к суицидальному поведению, которые приводят к их личностной деформации и формируют мотивацию суицидального поведения;
- устранение или ограничение влияния негативных социальных факторов, способствующих нравственно-психической деформации личности;
- постоянное выявление лиц, склонных к суицидальному поведению;

- активное профилактико - реабилитационное воздействие на данную категорию лиц, включая профилактическое воздействие на негативные факторы непосредственного социального окружения (микросреду) личности.

В системе профилактики суицидального поведения подростков выделяется:

- общесоциальная профилактика;
- специальная профилактика, которая состоит из различных по характеру, форме и содержанию специальных экономических, воспитательных, правовых, организационных и других мероприятий, непосредственно направленных на устранение, нейтрализацию причин суицидального поведения. [6]

Среди специальных предупредительных мер выделяется индивидуальная профилактика, которая реализуется с помощью корректирующего, регулирующего, сдерживающего воздействия, направленного на конкретные проявления суицидального поведения, и факторы, их вызывающие.

Профилактика суицидального поведения предполагает систему общих и специальных мероприятий на различных уровнях социальной организации, общегосударственном, правовом, общественном, экономическом, медико-санитарном.

Так как социальные отклонения могут быть вызваны разными причинами и обстоятельствами, можно выделить несколько типов профилактических мероприятий [7]:

- нейтрализующие;
- компенсирующие;
- предупреждающие возникновение обстоятельств, способствующих социальным отклонениям;
- устраняющие эти обстоятельства;
- контролирующие проводимую профилактическую работу и ее результаты.

Условиями успешности профилактической работы считают ее комплексность, последовательность, дифференцированность, своевременность. Последнее условие особенно важно в работе с активно формирующейся личностью, с подростком.

В работе с развивающейся личностью ВОЗ предлагает выделить следующие уровни профилактической работы: первичную, вторичную и третичную профилактику.[7]

Первичная профилактика направлена на устранение неблагоприятных факторов, вызывающих определенное явление, а также на повышение устойчивости личности к влиянию этих факторов. Первичная профилактика должна широко проводиться среди подростков. Она включает в себя три основных направления: совершенствование социальной жизни людей; устранение социальных факторов, способствующих формированию и проявлению девиантного поведения; воспитание социально позитивно ориентированной личности.

Вторичная профилактика направлена на раннее выявление и реабилитацию нервно-психических нарушений и работу с "группой риска", например, подростками, имеющими ярко выраженную склонность к формированию суицидального поведения без проявления такового в настоящее время.

Третичная профилактика решает такие специальные задачи, как лечение нервно-психических расстройств, сопровождающихся нарушениями поведения. Третичная профилактика также может быть направлена на предупреждение рецидивов у лиц с уже сформированным суицидальным поведением. Психопрофилактическая работа может входить в комплекс мероприятий всех трех уровней, она наиболее эффективна в форме

воздействия на условия и причины, вызывающие суицидальное поведение, на ранних этапах проявления проблем.

Предупреждение побуждений к самоубийству и повторных суицидальных попыток у подростков группы риска относится к одной из важных задач социальной работы. Специалист по социальной работе должен владеть различными методами борьбы с суицидами подростков.

Главным в преодолении кризисного состояния человека является индивидуальная профилактическая беседа с суицидентом.[1]

Профилактическая беседа должна включать в себя 4 этапа.

- Начальный этап - установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений "сопереживающего партнерства". Важно выслушать суицидента терпеливо и сочувственно, без критики.
- Второй этап - установление последовательности событий, которые привели к кризису; снятие ощущения безысходности. Имеет смысл применить следующие приемы: "поддержка успехами" и др.
- Третий этап - совместная деятельность по преодолению кризисной ситуации. Здесь используются: "планирование", т.е. побуждение суицидента к словесному оформлению планов предстоящих поступков; "держание паузы" - целенаправленное молчание, чтобы дать ему возможность проявить инициативу.
- Завершающий этап - окончательное формирование плана деятельности, активная психологическая поддержка суицидента. Целесообразно использовать следующие приемы; "логическая аргументация", "рациональное внушение уверенности".

Если в ходе беседы человек активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно направить в ближайшее лечебное учреждение. Если такой возможности нет, суицидента целесообразно во что бы то ни стало убедить, что тяжелое эмоциональное состояние - явление временное; что его жизнь нужна родным, близким, друзьям, и уход его из жизни станет для них тяжелым ударом; что он имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из нее, в силу его крайней важности, лучше отложить на некоторое время, спокойно все обдумать и т.д.

Особую важность приобретают различные формы психологического обучения, направленные на повышение жизнестойкости подростка, предлагающие ему различные способы управления своим состоянием [5]:

- Формирование здорового жизненного стиля, высокофункциональных стратегий поведения и личностных ресурсов.
  - Направленное осознание имеющихся личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:
    - Я - концепции (самооценки, отношения к себе, своим возможностям и недостаткам);
    - собственной системы ценностей, целей и установок, способности делать самостоятельный выбор, контролировать свое поведение и жизнь, решать простые и сложные жизненные проблемы, умения оценивать ту или иную ситуацию и свои возможности контролировать ее;
    - умения общаться с окружающими, понимать их поведение и перспективы, сопереживать и оказывать психологическую и социальную поддержку;
- осознание потребности в получении и оказании поддержки окружающим.

- Развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:
  - формирование самопринятия, позитивного отношения к себе, критической самооценки и позитивного отношения к возможностям своего развития, возможностям совершать ошибки, но и исправлять их;
  - формирования умения адекватно оценивать проблемные ситуации и разрешать жизненные проблемы, управлять собой и изменять себя;
  - формирование умения ставить перед собой краткосрочные и перспективные цели и достигать их;
  - формирование умения контролировать свое поведение и изменять свою жизнь;
  - формирование умения осознавать, что со мной происходит и почему, в результате анализа собственного состояния;
  - формирование умения сопереживать окружающим и понимать их, понимать мотивы и перспективы их поведения (формирование навыков эмпатии, аффилиации, слушания, диалога, разрешения конфликтных ситуаций, выражения чувств, принятия решений);

формирования умения принимать и оказывать психологическую и социальную поддержку окружающим.

- Развитие высокоэффективных стратегий и навыков поведения:
  - навыков принятия решения и преодоления жизненных проблем;
  - навыков восприятия, использования и оказания психологической и социальной поддержки;
  - навыков оценки социальной ситуации и принятия ответственности за собственное поведение в ней;
  - навыков отстаивания своих границ и защиты своего персонального пространства;
  - навыков защиты своего Я, самоподдержки и взаимоподдержки;
  - навыков бесконфликтного и эффективного общения.

Повышение родительской компетентности - важная составная часть профилактики самоубийств. Для этого специалист по социальной работе должен владеть умением проводить тренинг родительской компетентности.

Цель тренингов родительской компетентности - дать родителям знания и навыки, способствующие эффективному, социально - поддерживающему и развивающему поведению в семье и в процессе взаимодействия с детьми.

Основные методы, которые могут быть использованы в данной работе:

- работа в малых группах, так как это обеспечивает большую безопасность участников. При этом желательно, чтобы состав группы все время менялся;
- мини-лекция как форма подачи новой информации. Требования: лекция должна быть короткой, предусматривающей обратную связь, простой, понятной и проиллюстрированной;
- столкновение мнений (дискуссия), что включает в себя обмен взглядами на какую-либо тему, связанную с поиском решения определенной проблемы;
- использование в ходе занятий ролевых игр, то есть инсценировка коротких сюжетов на выбранную тему. Этот метод облегчает понимание других



людей, позволяет попробовать свои силы в различных ситуациях, развивает способность решать проблемы;

• беседы и коллективные обсуждения на основе просмотренных видео материалов. И для детей, и для взрослых хорошо и уместно использование вспомогательных видео материалов (иллюстрации, видео фильмы, таблицы).

Групповая работа дает возможность снять ощущение единственности и уникальности собственных трудностей, позволяет получить обратную связь, взглянуть на свою семью с иной точки зрения.

Профилактика подростковой суицидности должна вестись в образовательных учреждениях. Вот некоторые формы профилактики подростковой суицидности в образовательном учреждении [2]:

- неукоснительное соблюдение педагогической этики, требований педагогической культуры в повседневной работе каждого воспитателя или учителя;
- освоение хотя бы минимума знаний возрастной психопатологии, а также соответствующих приемов индивидуально-педагогического подхода, лечебной педагогики и психотерапии;
- раннее выявление контингента риска на основе знания его характеристики в целях динамического наблюдения и своевременной психолого-педагогической коррекционной работы;
- активный патронаж семей, в которых проживают учащиеся группы риска, с использованием приемов семейной психотерапии, оказанием консультативной помощи родителям и психолого-педагогической помощи детям;
- неразглашение факторов суицидальных случаев в школьных коллективах;
- рассмотрение угрозы самоубийства в качестве признака повышенного суицидального риска;
- усиление внимания родителей к порядку хранения лекарственных средств, а также к суицидогенным психологическим факторам;
- проведение при необходимости тактичной консультации подростка с психологом, психотерапевтом, психиатром;
- формирование у учащихся таких понятий, как "ценность человеческой жизни", "цели и смысл жизни", а также индивидуальных приемов психологической защиты в сложных жизненных ситуациях;
- повышение стрессоустойчивости путем психологической подготовки подростка к сложным и противоречивым реалиям современной жизни, формирование готовности к преодолению ожидаемых трудностей;
- психологическая помощь школе, семье и подростку в целях предупреждения или ослабления действия факторов, обуславливающих возникновение психогенных реакций или декомпенсацию имеющихся у школьника нервно-психических расстройств.

Для осуществления этого перечня необходимо [2]:

- повышение уровня психологической подготовки учителей, социальных педагогов, родителей;
- увеличение численности школьных психологов, владеющих знаниями возрастной патопсихологии и психотерапии;

- создание различных внешкольных форм психологической помощи: территориальных психологических консультаций, включающих в свою структуру психиатра, психотерапевта, юриста и других специалистов; телефона доверия для анонимной психологической помощи при кризисных состояниях и др.

Поскольку причинами суицидов среди подростков являются также и нарушения межличностных отношений в школе, необходимо принять меры по формированию классных коллективов, нормализации стиля общения педагогов с учащимися, оптимизации учебной деятельности учащихся, вовлечению учащихся в социально-значимые виды деятельности, организации школьного самоуправления, формированию установок у учащихся на самореализацию в социально-одобряемых сферах жизнедеятельности (культуре, спорте, искусстве, науке и др.).

Взаимоотношения с учащимися должны строиться на основе уважения, убеждения, спокойном, доброжелательном тоне общения.

Для предотвращения суицидов у детей учителя, психологи, социальные работники могут сделать следующее:

- вселять у детей уверенность в свои силы и возможности;
- внушать им оптимизм и надежду;
- проявлять сочувствие и понимание;
- осуществлять контроль за поведением ребенка, анализировать его отношения со сверстниками.

Формальное отношение части классных руководителей к своей работе выражается в незнании ситуации, в которой находится ребенок, отсутствии контроля за посещаемостью и успеваемостью ребенка. Все это не позволяет вовремя оказать учащемуся необходимую помощь, организовать соответствующую работу.

Администрации школ, социальным работникам необходимо направить пристальное внимание и установить контроль за стилем общения учителей с учащимися в целях предотвращения случаев оскорбления, унижения, психологического и физического насилия со стороны педагогов.

Таким образом, методы борьбы с суицидальным поведением подростков могут быть самыми разнообразными. Они должны быть направлены на профилактику подростковых дезадаптации, на гармонизацию социального окружения подростков.

## **2.2. Организация работы по профилактике ПАВ**

Приоритетом профилактики употребления психоактивных веществ в подростковой среде является создание системы, которая ориентируется на воспитание психически здорового и личностно развитого человека, способного самостоятельно, без применения психоактивных веществ, справляться с психологическими трудностями и жизненными проблемами.

Профилактика, охватывая ключевые сферы жизнедеятельности подростка, его семью, образовательное учреждение, окружение, реализует комплексные цели:

- формирование у подростка личностных ресурсов, обеспечивающих социально-нормативное поведение, доминирование ценностей здорового образа жизни, а также создающих установку на отказ от приема психоактивных веществ;
- формирование ресурсов семьи, поддерживающей подростка и воспитывающей у

него успешное, ответственное и законопослушное поведение;

- внедрение в образовательную среду инновационных педагогических и психологических технологий, формирующих у подростка жизненные ценности и мотивы отказа от пробы и приема наркотиков [9].

Профилактическая деятельность в подростковой среде осуществляется разнообразными подходами [9]:

1. *Подход, основанный на распространении информации об алкоголе и наркотиках*, является наиболее популярным, он базируется на предоставлении информации о вреде и негативных последствиях их употребления. Существуют различные стратегии, например, запугивание с целью предоставления устрашающей информации, особенно о наркотиках; предоставление фактов о деградации наркозависимого; встреча с наркоманом в состоянии ремиссии, который, наоборот, может послужить примером для подростков, что очень опасно. Информационные программы повышают уровень знаний обучающихся. Однако они недостаточно эффективны, потому что не ориентированы на задачи формирования и самореализации здоровой личности. Тем не менее, информацию о психоактивных веществах необходимо включать в структуру программ, имеющих более широкие цели.

2. *Подход, основанный на аффективном (эмоциональном) обучении*. В его основе лежит теоретическое положение, что употреблять психоактивные вещества начинают, прежде всего, учащиеся с недостаточно развитой эмоциональной сферой, воспитанные в семьях, где существует запрет на выражение эмоций. Данная модель является эффективной, но не должна применяться изолированно, потому что у подростка может быть нарушена не только эмоциональная, но также когнитивная и поведенческая сферы.

3. *Подход, основанный на влиянии социальных факторов*, базируется на понимании, что влияние сверстников и семьи играет важную роль, способствуя или препятствуя началу наркотизации. В программу входит тренингустойчивости к социальному давлению окружения, в процессе которого участники обучаются навыкам отказа от предлагаемых психоактивных веществ. Важной является работа с лидерами - подростками, желающими в дальнейшем осуществлять профилактику зависимости от психоактивных веществ среди сверстников.

4. *Подход, основанный на укреплении здоровья*. Процесс «примирения» человека с окружающей средой называют понятием «укрепление здоровья». Он сочетает в себе личный выбор и социальную ответственность за собственное здоровье. В подходе основной упор делается на умения учащихся достигать своего оптимального состояния здоровья и успешно противостоять негативным факторам окружающей среды. С этих позиций здоровье рассматривается как источник благополучной повседневной жизни, а не как цель существования. Тренинги здорового образа жизни (ЗОЖ) направлены на развитие здоровой личности, здорового жизненного стиля, определяющего благополучие человека и способствующего позитивным изменениям среды. Внедрение программ этого направления среди подростков является необходимым условием для эффективной профилактики.

5. *Подход, основанный на развитии деятельности, альтернативной употреблению наркотиков*. Он предполагает необходимость развития альтернативных социальных программ для подростков, где в социально нормативных рамках реализуются свойственные им стремление к риску, поиск острых ощущений, повышенная поведенческая активность. Направление является попыткой развития специфической

активности учащихся с целью уменьшения риска употребления психоактивных веществ. Тренинги включают в себя путешествия, спортивные соревнования, преодоление различных препятствий, вызывают волнение, активность, соревнование среди подростков. Они особенно эффективны с учащимися «групп риска» с девиантным и аддиктивным поведением.

6. *Подход, основанный на формировании жизненных навыков (ФЖН).* Здесь центральным является понятие об изменении поведения, поэтому используются преимущественно методы его модификации. Основу направления составляют теории социального научения и проблемного поведения. В тренингах участникам оказывается помощь в достижении возрастных и личных целей, в повышении устойчивости к различным социальным влияниям, формируется индивидуальная компетентность. На тренингах развивается самоуправляемое поведение участника, разрабатываются планы самосовершенствования. Тренинги, входящие в программу формирования жизненных навыков, пользуются популярностью, так как результативно меняют поведение подростков.

Представленные подходы к профилактике зависимости от психоактивных веществ помогают подросткам осознать, что они сами несут ответственность за собственную жизнь, сами могут эффективно преодолевать жизненные трудности без употребления наркотиков и алкоголя.

Подход формирования жизненных навыков, который развивает компетентность и личностные ресурсы в преодолении проблем без употребления психоактивных веществ, получает все более широкое распространение. [9]

Концепцией профилактики злоупотребления **ПАВ** в образовательной среде предусмотрены следующие *формы работы с родителями*:

1. Лекционная - через родительские собрания, семинары, занятия в родительском университете.

2. Индивидуальное семейное консультирование родителей и «проблемных» дисфункциональных и конфликтных семей по предупреждению ранней алкоголизации, наркотизации, безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних и молодежи.

3. Формирование из родительского актива групп родительской поддержки для «проблемных» семей.

4. Выявление родителей группы «риска» алкоголизации и наркотизации и обеспечение им поддержки в оказании социальной и медико-психологической помощи.

5. Социальное вмешательство в семью при асоциальном образе жизни в семье, жестоком обращении с ребенком, при вовлечении его в раннюю алкоголизацию, наркотизацию, безнадзорное существование.

6. Оказание помощи родителям в возвращении ребенка в семью (семейное примирение) в случае ухода ребенка из дома.

Как показывает практика, *в школах* сегодня наиболее активно используются **четыре группы форм работы с родителями**:

**1. Интерактивная:** анкетирование, диагностика, дискуссии, круглые столы, конференции, вечера вопросов и ответов, консультации специалистов

**2. Традиционная:** тематические классные часы, родительские собрания (классные, общешкольные, городские, районные, областные), вечера отдыха, семейные спортивные и интеллектуальные состязания, творческие конкурсы.

**3. Просветительская:** использование СМИ для освещения проблем воспитания и обучения детей, организация родительского всеобуча, выпуск бюллетеней, информационных листов, стенды и уголки для родителей.

**4. Государственно-общественная:** создание попечительских советов, советов школ, советов отцов, городских и районных советов родителей

В последние годы в системе образования проводится политика, направленная на активизацию деятельности образовательных учреждений по взаимодействию с родителями. Учреждениям предлагается включить родителей в органы общественногосоуправления, рекомендуется поощрять их участие во всех творческих, спортивных и других досуговых мероприятиях школьников.

### **2.3. Организация работы по профилактике ВИЧ-инфекции с детьми и подростками**

Неблагополучная ситуация по ВИЧ-инфекции имеет необратимые последствия и для подрастающего поколения. Поэтому обучение и информирование по проблеме ВИЧ/СПИД должно быть направлено в первую очередь на молодежь, так как молодые люди 14-20 лет являются наиболее уязвимой группой в силу своих возрастных и поведенческих особенностей.

Учитывая, что основную часть времени учащиеся и студенты проводят в учебных заведениях, более исчерпывающая информация по проблеме ВИЧ/СПИД может быть получена именно там. Особая роль в данном случае отводится педагогам, теоретическая подготовка и профессиональный подход которых может оказать влияние на повышение уровня знаний и навыков учащихся.

Привлечь внимание молодежи к проблеме ВИЧ/СПИД можно через нетрадиционные формы работы, такие как постановка спектаклей, включение информации на дискотеках, проведение различных культурно-зрелищных мероприятий. молодежные и др. организации и учреждения.

Организаторы профилактической работы (преподавателей, педагогов-психологов, социальных педагогов) должны знать общие подходы к проведению такого рода деятельности:

1. Половозрастной и индивидуальный подход к организации профилактической работы СПИДа подчёркивает необходимость учитывать готовность аудитории воспринимать ту или иную информацию по проблеме ВИЧ/СПИД. Особенно это касается тех вопросов, которые связаны с проблемами половой и сексуальной культуры.

Все это зависит от конкретной средовой ситуации, от позиции родителей, самой молодежи, учителей, а также от других факторов, которые обязательно должны быть исследованы организатором профилактической работы до ее начала.

2. Научность, объективность и достоверность. Требуется, чтобы предлагаемая в области ВИЧ/СПИД информация на каждом этапе профилактической деятельности основывалась на научных данных, была выверена и не содержала сенсационных предположений и гипотез. Кроме того, следует избегать излишнего упрощения, искажения отдельных фактов и научных положений по проблеме ВИЧ/СПИД.

Он предполагает, что в системе всей профилактической деятельности будут использованы научно обоснованные формы и методы организации профилактики, начиная с построения плана профилактической работы, определения комплекса знаний в соответствии с половозрастными особенностями аудитории и характером взаимодействия. Необходимо опираться в этом процессе на межпредметные связи и в целом учебный процесс.

3. Доступность вытекает, прежде всего, из закономерностей возрастного и индивидуального развития личности. Материал для информации должен быть доступным, понятным для детей и молодежи. Так, например, с младшими школьниками

нецелесообразно рассматривать медицинские аспекты болезни. Следует больше внимания уделять гигиеническим требованиям, способным защитить ребенка от ВИЧ, а также формировать у детей гуманное отношение к ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом.

4. Наглядность предполагает связь с реальной жизнью, подкрепление конкретными фактами тех ситуаций, которые существуют в области СПИДа сегодня. Она активизирует и чувственный опыт молодых людей по отношению к проблеме ВИЧ/СПИД, способствует формированию сознательного отношения к отдельным своим поступкам и поведению в целом.

Наглядность может быть представлена в виде иллюстраций (схемы, диаграммы, рисунки, таблицы и т. д.), или как источник самостоятельного знания, или как условие для создания проблемных ситуаций. В системе наглядности могут быть также использованы учебное телевидение, видеозаписи, слайды и многое другое.

Наглядные материалы должны соответствовать возрастным особенностям детей и молодежи и умело включаться организаторами в профилактический процесс, могут быть подготовлены самими участниками.

5. Системность и последовательность подразумевает, что профилактический процесс не может быть отдельным и разовым мероприятием и осуществляться от случая к случаю. Результативной профилактика будет лишь в том случае, если процесс приобретет организованный характер, а система информирования и обучения будет представлять собой последовательное действие в области информирования молодежи о ВИЧ/СПИДе, истории болезни, ее основных стадиях течения, признаках, путях распространения и мерах профилактики. Вместе с тем, этот подход требует, чтобы полученные знания, практические умения обязательно закреплялись и давали возможность участникам профилактического процесса развивать собственную активность в совершенствовании информированности о проблеме ВИЧ/СПИД.

6. Рациональное сочетание коллективных, групповых и индивидуальных форм и методов профилактической работы предполагает, что организатор должен использовать самые разнообразные ее формы и методы (беседа, рассказ, игра, практические занятия, викторина), а также различные способы взаимодействия участников процесса: индивидуальную работу, работу в постоянных и сменных парах, в малых и больших группах. Кроме того, элементы профилактической деятельности могут быть внедрены как в учебный процесс (урок), так и в систему деятельности детей и молодежи вне учебных занятий: на вечерах отдыха, дискотеках, в различных детских и молодежных объединениях и формированиях. Этот принцип предполагает также, что основу профилактической работы составляет, прежде всего, общение, взаимодействие между ее участниками.

7. Ответственность организаторов профилактической работы содержит в себе требования, направленные на то, чтобы работу с молодежью в области профилактики ВИЧ-инфекции осуществляли только компетентные кадры. Они должны ясно представлять цели и задачи профилактической работы, особенности и специфику использования средств и методов профилактики ВИЧ-инфекции в детской и молодежной среде.

Принцип нацеливает также организаторов этой работы на ответственность за представляемую информацию, за вооружение молодых людей только научно обоснованными и научно выверенными знаниями и способами защиты от СПИДа. В то же

время профилактическая работа должна вестись в рамках нравственности, этических норм, защиты психического и физического здоровья подрастающего поколения, привития им норм здорового образа жизни и навыков безопасного поведения как одного из важных условий профилактики ВИЧ/СПИД.

8. Создание единой системы профилактической работы имеет в своей основе потребность объединения и координирования совместных усилий учебно-воспитательных учреждений, семьи, а также других социальных институтов (средств массовой информации, учреждений досуга, здоровья, спорта, туризма), широкой общественности в интересах предотвращения угрозы распространения ВИЧ-инфекции среди наиболее уязвимой части нашего населения, какой является молодежь.

Действуя согласно этому принципу, организаторы профилактической работы должны заботиться о создании в своем учреждении, учебном заведении единой и целостной системы профилактической работы в рамках как учебного, так и воспитательного процесса.

Для повышения эффективности профилактической работы в области ВИЧ/СПИД большое значение имеет учет специфики методов, средств и форм, которые будут использованы в этой работе. Методы, средства и формы профилактической деятельности тесно взаимосвязаны между собой.

Методы профилактики ВИЧ/СПИДа направлены прежде всего на создание условий для приобретения учащейся молодежью необходимых знаний, умений и навыков по защите себя, окружающих людей от ВИЧ-инфекции. Это своего рода способы воздействия на сознание, волю, чувства, поведение человека с целью выработки у него норм социально ценностного поведения, действий и поступков, которые смогут уберечь его от ВИЧ-инфекции. Они - путь к достижению поставленной цели в области профилактики ВИЧ-инфекции.

Практикой накоплен большой арсенал методов профилактической работы. Все они могут быть с успехом использованы в системе работы с молодежью.

В профилактической работе по проблеме ВИЧ/СПИД можно использовать те методы, которые будут способствовать формированию знаний, убеждений, взглядов, понятий, представлений о СПИДе не только как болезни, но и как явлении, обусловленном социальными причинами: неблагоприятной атмосферой общественной жизни, отсутствием достаточной информированности молодежи о СПИДе, путях распространения ВИЧ-инфекции, невысоким уровнем нравственной культуры половых отношений.

Формирование сознания в профилактическом процессе достигается различными путями. Наиболее действенными в области профилактики ВИЧ/СПИД являются различные деловые интерактивные игры, самостоятельная работа с литературой, беседа, разъяснение, работа с литературой. Эффективным методом убеждения является пример. Каждый из приведенных методов имеет свою специфику использования и может использоваться в комплексе с другими.

Для младших школьников, как, впрочем, и для подростков, наиболее распространенным методом в области профилактики ВИЧ является рассказ. С его помощью школьникам может быть сообщена достоверная информация о болезни, правилах личной гигиены, нормах нравственного поведения, которые помогут защититься от ВИЧ-инфекции. Рассказ о ВИЧ/СПИДе должен способствовать вооружению

школьников необходимыми знаниями в этой области, развивать положительные нравственные чувства (сопереживание, милосердие) к людям, которые стали его жертвами. В ходе рассказа организатор профилактической деятельности может использовать и методы объяснения, диалога, образного примера, которые будут активизировать школьников на развитие образов нравственного поведения, здорового образа жизни, и вызывать стремление подражать положительному опыту.

Для подростков, у которых уже есть определенные знания по проблеме ВИЧ/СПИД, эффективным методом выступает беседа. Беседа предполагает участие обеих сторон - организатора профилактической работы и школьников. Она носит проблемный характер и характеризуется тем, что дает возможность выслушать мнение всех участников профилактического процесса.

Также необходимо учитывать, что без внимания не должен остаться ни один вопрос, который предложен для обсуждения или вызвал интерес у аудитории. Вместе с тем здесь должны быть соблюдены нормы этики, культуры общения, ибо разговор касается интимных сторон жизни человека. Для проведения беседы необходима атмосфера доверительного, эмоционального комфорта. Беседа ни в коей мере не должна превратиться в нотацию, поскольку последняя очень часто, особенно у подростков, может вызвать противодействие, желание поступить вопреки тому, в чем пытались убедить их.

Рассказ, объяснение, беседа подготавливают к более сложному методу профилактики - лекции. Она рекомендуется нами в профилактических целях для старшеклассников. Лекция представляет собой более сложное логическое построение и требует научного, теоретического обобщения материала, доказательств в его изложении, аргументации.

В ходе лекции по профилактике ВИЧ-инфекции могут быть освещены такие вопросы, как история распространения эпидемии, гипотезы возникновения болезни, пути передачи вируса, отличие ВИЧ от СПИДа, меры профилактики, формирование знаний о здоровом образе жизни и т. д.

При проведении профилактических мероприятий в школе целесообразно также включать игру. Эффективность ее в том, что она вовлекает участников в активную работу. Она доставляет школьникам любого возраста удовольствие. В игровой ситуации облегчается усвоение информации о ВИЧ/СПИДе, моделируются возможные действия и поступки, анализируются «ситуации выбора», которые совершают участники. Игра формирует у школьников уверенность в своих действиях и поступках, которые не могут привести к ВИЧ-инфекции. Она позволяет также через игровые ситуации понять и осознать чувства, которые могут испытывать люди, подверженные этому заболеванию, а, значит, и формировать умения и навыки социально приемлемого поведения, чувства милосердия, сострадания и гуманности к ВИЧ-инфицированным.

Важно привлекать родителей к участию в работе по нравственному воспитанию молодых людей: семья играет главную роль в формировании личностных и этических ценностей у учащихся, является для них примером для подражания в выработке навыков здорового образа жизни. Именно поэтому в деле профилактики СПИДа, венерических заболеваний, сексуальных домогательств школа и семья должны тесно сотрудничать, дополняя друг друга. Во многих наших домах есть проблемы, огорчения, не хватает времени, денег, спокойствия. Это всё затрудняет взаимоотношения между членами семьи. Поэтому часто родители ограничиваются бытовыми проблемами детей и контролем



зауспеваемостью в учёбе. Беспокойство появляется тогда, когда дети взрослеют. И тогда родителей охватывает страх, чтобы молодые люди не стали употреблять наркотики, не вступали в половые связи, не наступила нежелательная беременность и не произошло заражение венерическими заболеваниями. В настоящее время дополнительная боязнь – СПИД. Родительский страх приводит к запретам, непомерному контролю и подозрительности.

Проведённые исследования показали, что СПИД является редкой темой для разговора в наших семьях. Родители опасаются, что сексуальное просвещение может разрушить принятые в семье нормы морали и подтолкнуть детей к нежелательному поведению. Кроме того, о сексуальных отношениях пытаются говорить мамы и чаще всего только с девочками. Как правило, папы уходят от подобных разговоров. А должно быть так, чтобы молодые люди знали, как можно себя уберечь от заражения ВИЧ.

Родители являются самыми верными союзниками своих детей. Трудно помогать им взрослеть, говорить о сексуальной жизни, наркомании и СПИДе. Но это необходимо делать.

Поскольку семья для детей – главный источник жизненных ценностей, её роль в профилактике СПИДа является решающей. От выработанных в семье жизненных ценностей в значительной степени зависит, как будет относиться школьник к наркотикам, алкоголю и вопросам пола. Поведение взгляды родителей должны стать для учащихся главным положительным примером здорового образа жизни.

Большинство родителей осознают, какую угрозу представляет СПИД и поддерживают проведение в школах медико-санитарного просвещения по вопросам его профилактики. Часто они сами нуждаются в получении информации по вопросам, связанным со СПИДом, нравственным воспитанием, и школьная программа может предоставить её отцу, матери и другим членам семьи, развеять мифы и некомпетентные слухи о СПИДе, распространённые в обществе.

**Наилучший способ привлечь родителей к участию в программе состоит в:**

- информировании по вопросам нравственного воспитания и СПИДа (лекции, беседы);
- предоставлении необходимой информации, касающейся проблемы ВИЧ/СПИД школьников в процессе преподавания курса «Человек и мир», «Биология», «Здоровый образ жизни», других учебных предметов;
- предоставление родителям школьных бюллетеней с материалами по вопросам нравственного воспитания, формирования безопасного ответственного поведения, своеобразных домашних заданий в виде «Писем для родителей»;
- сообщении родителям о мероприятиях и учреждениях, которые могут дать им необходимую информацию и возможность обсудить проблемы, которые перед ними возникают;
- необходимость рекомендовать семье соответствующую литературу;
- приглашении родителей на уроки по темам «Как я появился на свет?», «Один дома», «СПИД» и другие внеклассные мероприятия;
- изучении, обобщении и пропаганде опыта отдельных семей по нравственному воспитанию, предупреждению сексуальных надругательств, профилактике ВИЧ-инфекции.

Кроме школы и семьи важная роль в нравственном воспитании принадлежит общественности. Чтобы подключить её к решению данных проблем, школа может:

- содействовать публикации в местной печати статей на темы предупреждения наркомании, заражения ИППП, профилактика ВИЧ-инфекции;
- содействовать реализации местными общественными, религиозными и другими организациями программ безопасного, ответственного поведения, как для родителей, так и для детей;
- содействовать тому, чтобы школьные и другие детские библиотеки придавали больше внимания полезным для детей книгам по вышеозначенной тематике;
- привлекать сотрудников местных органов охраны здоровья к участию в качестве консультантов в общественных и школьных программах воспитания; предлагать местным предпринимателям размещать информацию о СПИДе на рекламных щитах и выделять на нее средства.

Одна из задач в работе по профилактике ВИЧ-инфекции - повышение уровня информированности населения, в том числе детей и молодёжи по проблеме ВИЧ/СПИД. Практика показывает, что человек усваивает информацию быстрее, если обучение проходит интерактивно, когда он имеет возможность одновременно с получением информации принимать участие в обсуждении неясных моментов, задавать вопросы, тут же закреплять полученные знания, формировать навыки безопасного и ответственного поведения. Это позволяет вовлечь участников в процесс обучения, сделать его доступнее, легче и интереснее. Существуют методы, т.е. способы, сочетание которых позволяет достичь этого. К таким методам можно отнести: лекцию, чтение, использование аудио-визуальных средств, наглядных пособий, обсуждение, практические действия, выступление в роли обучающего и др.

**Лекция** (5% усвоения информации от общего её объема) - является быстрым способом подачи необходимой информации неограниченному количеству людей, но мало эффективен, так как не предполагает активного участия аудитории и ставит человека в положение пассивного слушателя. При этом нужно помнить о том, что человек запоминает то, что ему говорят в начале и в конце. Поэтому проводя лекцию, наиболее значимую информацию необходимо давать соответственно в её начале и в конце и использовать в сочетании с другими способами обучения.

**Чтение** (10% усвоения) - может происходить индивидуально или в компании, но не позволяет достичь глубокого усвоения информации, поэтому, как и лекцию необходимо использовать с другими методами.

**Аудио-визуальные средства** (20% усвоения) - видео/аудио материалы являются источником информации и при их наличии могут служить дополнением к другим методам.

**Использование наглядных пособий** (30% усвоения) - помогает усваивать информацию всеми каналами восприятия. Наглядные пособия могут быть самого разного рода: диаграммы, слайды, макеты, модели, раздаточный материал, буклеты, плакаты и т.д.

**Обсуждение в группах** (50% усвоения) - обмен мнениями, которое позволяет учащимся поделиться своими мыслями, впечатлениями, ощущениями в рамках определенной темы. Обсуждения ценны тем, что позволяют учащимся думать, подробно рассказывать о своих собственных выводах и выслушивать разнообразные мнения. К данному методу относится «мозговая атака» (свободный обмен мнениями по определенной проблеме) и дискуссия (обмен мнениями в споре).

**Обучение практикой действия** (70% усвоения) - это ролевые игры, проигрывание

ситуаций, практические занятия, самостоятельные исследования.

**Выступление в роли обучающего (80% усвоения)** - хочешь выучить и понять сам - объясни другому. Педагоги могут опираться на учащихся в проведении того или иного мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции. Учащимся можно поручить написать реферат, самостоятельно подготовить информацию, наглядные пособия и т.д.

Основными формами профилактической антинаркотической работы с родителями **в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования являются:**

1. Информирование родителей о случаях наркотизации студента; о целесообразности внутрисемейного контроля наркотизации на основе доврачебных диагностических тестов употребления наркотиков.

2. Организация среди родителей, нетерпимо относящихся к наркотизации обучающихся подростков и молодежи, групп родительской поддержки при наркопостах и кабинетах профилактики, созданных в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального образования.[14]

**Важную роль по консультированию родителей выполняет организация работы телефонов доверия.**

Основные задачи, которые призваны решать Телефоны Доверия сегодня в Службах оказания помощи - это помочь человеку преодолеть кризис, вернуть к действительности, оказать экстренную психологическую помощь, помочь сориентироваться в своих действиях для решения проблемы. Направления деятельности существующих служб, с которыми сталкиваются граждане:

- консультирование родителей, детей, подростков, педагогов по вопросам подростковых зависимостей от психоактивных веществ;
- оказание психологической помощи детям и подросткам по разрешению конфликтных ситуаций в семье, школе, ее сверстниками;
- правовая помощь несовершеннолетним и их родителям;
- консультации для переживших любой вид насилия;
- психологическая помощь студентам ВУЗов по проблемам обучения, межличностных взаимоотношений, проблемам студенческой семьи;
- получение оперативной информации о точках распространения наркотиков, наркопритонов;
- получение информации об иных правонарушениях, в т.ч. неправомерных действиях сотрудников силовых ведомств.

Систематизирующим фактором осуществления профилактической деятельности в образовательной среде стало её осуществление в рамках всероссийских, окружных и региональных антинаркотических профилактических акции. [14]

Таким образом, проблема профилактики ВИЧ/СПИДа из чисто медицинской перерастет в педагогическую и без взаимодействия с учреждениями образования невозможно в полной мере осуществлять широкий комплекс мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции.

## Список используемой литературы

1. Акопов Г. В. Методы профилактики суицидального поведения.// Г. В. Акопов - Самара-Ульяновск, 2005.
2. Бурмистрова Е.В. Психологическая помощь в кризисных ситуациях (предупреждение кризисных ситуаций в образовательной среде). Методические рекомендации для специалистов системы образования.// Е.В. Бурмистрова- М.: МГППУ, 2006.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд.// Э. Дюркгейм - СПб.: Союз, 1998
4. Кирпиченко А. А. Общая психопатология. Учебное пособие.//А. А. Кирпиченко- 236 с.
5. Клейберг Ю.А. Психология девиантного поведения: Учебное пособие.//Ю.А. Клейберг - М.,2001.
6. Павленок П. Д., Руднева М.Я. Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения: Учебное пособие.//П. Д.Павленок,М.Я. Руднева- М.: ИНФРО-М, 2007.
7. Павленок П.Д., Руднева М.Я. Технологии социальной работы с различными группами населения: Учебное пособие // Под ред. проф. П.Д. Павленка.- М.: ИНФРА-М, 2009
8. Чуркин А. А., Клименко Т. А. Пособие по наркологии: Пособие для врачей и фельдшеров первичного медицинского звена. //А. А. Чуркин, Т. А. Клименко.- М.-Х-М.: Издательство «Здоровье и общество», 2006.-173 с.

### Периодические издания:

9. Аксючиц И. В. Профилактика употребления психоактивных веществ среди подростков.// И. В. Аксючиц - Психологический журнал, 2008. № 4

### Интернет-ресурсы:

10. <http://www.narcozona.ru/>. Портал о наркомании и лечении наркомании. Лечение алкоголизма
11. <http://www.narkotikam.net/>. Скажи наркотикам НЕТ! – Сайт общественного движения против наркотиков
12. <http://www.nodrugs.ru/>. Антинаркотический Интернет-проект
13. <http://www.medline.narod.ru/>. Детская и юношеская наркомания. Доктор ВЛ. Лукьянов
14. [86sch-al.edusite.ru](http://86sch-al.edusite.ru)
15. <http://do.gendocs.ru>
16. <http://www.bibliofond.ru>
17. <http://kadino.mogilev.edu.by>

## Приложения

### Приложение 1

#### Нормативные документы для работы с детьми группы риска

##### Международный уровень

1. Конвенция о правах ребёнка (1989г.)
2. Декларация о правах человека и гражданина (1948г.)

##### Федеральный уровень

- Конституция РФ от 12.12.1993г.
- Федеральный закон от 24.07.1998г. № 124 «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» (с изменениями от 03.12.2011г.)
- Федеральный закон от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (с изменениями и дополнениями, ред. от 07.02.2011г.).
- Федеральный закон от 29.12.2012 №273 «Об образовании в РФ»
- Закон РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 20.07.1995г., от 24.11.1995г.
- Постановление Правительства РФ «Об утверждении порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных учреждениях» от 18.07.1996г. № 861
- Постановление Правительства РФ «О федеральной целевой программе «Дети России» на 2007 - 2010 годы» от 21.03.2007г. №172 (с изменениями и дополнениями)
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ "Об обеспечении отдыха, оздоровления и занятости детей в 2011-2012 годах" от 5 мая 2011 г. № 47
- Письмо Министерства общего и профессионального образования РФ «Рекомендации по организации обучения детей из семей беженцев и вынужденных переселенцев в образовательных учреждениях Российской Федерации» от 07.05.1999г. № 682/11-12
- Письмо Министерства России от 27.06.2003 №28-51-513/16 « О методических рекомендациях по психолого-педагогическому сопровождению обучающихся в учебно-воспитательном процессе в условиях модернизации образования»
- Письмо МО РФ «О социальной поддержке детей-инвалидов» от 03.04.2000г. №14-52-246 ин/13.
- Распоряжение Правительства РФ “О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011 - 2015 годы” от 7 февраля 2011 г. № 163-р
- Указ Президента РФ от 07.05.2012 №599 «О мерах реализации государственной политики в области образования и науки»
- Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы, утв. Указом Президента РФ от 01.06.2012 №761

##### Региональный уровень

- Закон ХМАО «О поддержке семьи, материнства, отцовства и детства в ХМАО-Югре» от 07.07.2004г. N245-оз.

- Закон ХМАО «О мерах по обеспечению прав детей-инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, на образование, воспитание и обучение и о наделении органов местного самоуправления отдельными государственными полномочиями по обеспечению прав детей-инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов, на образование, воспитание и обучение в ХМАО-Югре» от 02. 12.2005г. N2115-оз.

- Закон ХМАО - Югры «О государственно - общественном управлении в сфере общего образования Ханты - Мансийского Автономного - Югры» от 16.10.2006г. N104-оз.

- Закон Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «О наделении органов местного самоуправления муниципальных образований Ханты-Мансийского автономного округа-Югры отдельными государственными полномочиями по осуществлению деятельности по опеке и попечительству» от 20.07.2007г. №114-оз

- Закон Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «об уполномоченном по правам ребёнка в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре (с изменениями)» от 09.06.2009г. №85-оз

- Закон ХМАО-Югры «О мерах по реализации положения ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» в ХМАО-Югре» от 10.07.2009г. №109-оз.

- Закон Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «О мерах по реализации отдельных положений Федерального закона «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации» в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре» от 10.07.2009г. №109-оз

- Закон Ханты – Мансийского автономного округа - Югры «Об административных правонарушениях» от 11.06.2010г. №102-оз

**Правительство ХМАО-Югры:**

- Постановление Думы Ханты-Мансийского АО - Югры "О Законе Ханты-Мансийского автономного округа - Югры "О внесении изменений в Закон ХМАО - Югры "О мерах социальной поддержки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и о наделении органов местного самоуправления муниципальных образований Ханты-Мансийского автономного округа - Югры отдельными государственными полномочиями по предоставлению и обеспечению мер социальной поддержки детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в ХМАО - Югре" от 15 февраля 2008 г. N 2509

- Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О внесении изменений в постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О реализации Закона Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 24 декабря 2007 года № 197-оз «О государственной социальной помощи и дополнительных мерах социальной помощи населению Ханты-Мансийского автономного округа - Югры»» от 06 марта 2008 года № 49-п

- Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О порядке организации на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры органов опеки и попечительства деятельности по выявлению к учёту детей, права и законные интересы которых нарушены» от 2.09.2009г. № 232-п

- Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О регулировании отдельных вопросов в сферах организации и обеспечения отдыха и оздоровления детей, проживающих в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре» (с изменениями) от 27.01.2010г. № 22-п
- Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О целевой программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Дети Югры» на 2011-2015 годы (с изменениями)» от 9.10.2010г. № 247 -п
- Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «О порядке компенсации расходов на проезд детей из многодетных семей к месту отдыха, оздоровления и обратно и порядке выделения путёвок в организации, обеспечивающие отдых и оздоровление, детям коренных малочисленных народов Севера» от 14.04.2011г. № 120-п
- Постановление Правительства ХМАО-Югры «О порядке организации на территории ХМАО - Югры органом опеки и попечительства деятельности по выявлению и учету детей, права и законные интересы которых нарушены» от 2 сентября 2009 г № 232-п
- Постановление Правительства ХМАО - Югры «Об утверждении порядка обучения детей-инвалидов по полной общеобразовательной или индивидуальной программе на дому» от 06.05.2006г. N2100-п.
- Постановление губернатора ХМАО «О положении о комиссиях по делам несовершеннолетних, защите их прав ХМАО» от 17.11.1998г. № 481.
- -Приложение к постановлению губернатора ХМАО-Югры «Положение о комиссиях по делам несовершеннолетних, защите их прав ХМАО».
- Приказ ДОиН «Об исполнении Постановления Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве ХМАО - Югры от 17.08.2006г. №11 «О защите прав и законных интересов детей-инвалидов в ХМАО - Югре» от 26.10.2006г. №1248.
- Распоряжение Правительства Ханты – Мансийского автономного округа – Югры «О комплексе мер по организации отдыха и оздоровление детей, проживающих в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2012г (2013г)» от 16.12.2011г. № 720-рп
- Разъяснение ДОиН «По вопросам поступления и обучения социально незащищенных граждан» (приложение) от 07.06.2006г. № 3251.

**Работа социального педагога ОУ**

Формы и методы работы, применяемые социальным педагогом в социально-психологическом сопровождении семей, находящихся в зоне социально-экономического и психолого-педагогического риска

Диагностика семейных проблем	Индивидуальная и групповая просветительская работа с семьей	Профилактические мероприятия	Социально-педагогическая защита прав ребенка
Наблюдение специалистов (классный руководитель, социальный педагог, медик, психолог и т.д.)	Памятка для родителей	Родительские лекторий, индивидуальные консультации, плановые беседы	Выявление и поддержка детей, нуждающихся в социальной защите: опекаемых, инвалидов, малообеспеченных и т.д.
Анкетирование детей и родителей с целью изучения морально-психологического фона семьи как воздействующего фактора на личность ребенка	Методические рекомендации для родителей	Профориентация и трудоустройство учащихся из семей зоны риска	Защита прав и интересов ребенка в различных инстанциях (суд, прокуратура, Комиссия по делам несовершеннолетних и т.д.)
Тестирование	Консультация родителей по запросам	Трудоустройство учащихся в летний период	Индивидуальная помощь детям, подвергшимся психологическому и физическому насилию в семье
Анализ документации (личных дел, журналов и т.п.)	Индивидуальные беседы	Оказание материальной помощи (по мере возможности)	Индивидуальный патронаж
Анализ продуктов детского творчества	Родительский клуб	Создание памяток и методических рекомендаций	
Составление социальных паспортов классов	Участие в родительских собраниях	Привлечение учащихся из семей зоны риска к участию в детском самоуправлении	
Создание банка данных семей учащихся, находящихся в зоне			



социального риска.			
--------------------	--	--	--

**Приложение 3**

**Диагностический инструментарий социального педагога**

<b>Наименование методики</b>	<b>Назначение методики</b>	<b>Категория (с кем)</b>	<b>Форма проведения</b>
------------------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------------

		проводится)	
<b>Изучение социальной ситуации развития ребенка</b>			
Социальный паспорт класса (группы)	Выявление детей группы риска, нуждающихся в социально-педагогическом сопровождении. Проводится анализ социальных паспортов классов (групп) ОУ	Классы (группы), классные руководители	Бланк-анкета заполняется воспитателем, классным руководителем
Социальная карта личности	Получение информации о личности ребенка: состояние здоровья, психосоциальное развитие, личностные особенности, проблемы поведения. Проводится в отношении учащихся (воспитанников), имеющих проблемы поведения, находящихся в ситуации социального неблагополучия (семейное, внесемейное окружение, социальная среда и т.п.)	Педагоги, классные руководители, работающие с детьми школьного возраста	Заполняется классными руководителями; возможен вариант беседы
<b>Анализ факторов социального неблагополучия</b>			
Матрица определения социально благополучия ребенка (Беличева С. А., Дементьева И. Ф.)	Выявление факторов (сфер) социального неблагополучия ребенка, определение принадлежности ребенка к группе риска. Приводится в комплексе с другими методиками, выявляющими индивидуальные особенности и социальную ситуацию детей «группы риска»	Дети дошкольного и школьного возраста	В форме беседы, экспертных опросов
Карта (акт) обследования жизненного пространства ребенка	Изучение условий проживания ребенка в семье с целью выявления степени неблагополучия, оценки возможности проживания ребенка в семье. Проводится в случаях, когда есть	Жилищные условия, среда проживания ребенка	Наблюдение, осмотр (в ситуации, когда есть основания предполагать, что ребенок проживает в неблагоприятных для его развития, состояния здоровья и т.д. условиях)

	информация о явном неблагополучии (социальной опасности) проживания ребенка в семье		
<b>Изучение семьи ребенка, детско-родительских отношений</b>			
Паспорт семьи	Составление социально-психологического паспорта семьи, выявление «проблемных сфер» для определения возможных форм социально-педагогической помощи семье	Семья ребенка	Беседа с ребенком, родителями, анализ данных посещения семьи
<b>Выявление нарушений поведения, социальной дезадаптации</b>			
Карта обследования социально дезадаптированных несовершеннолетних: анализ условий воспитания и социального развития подростка (Белечива С. А., Дементьева И. Ф.)	Выявление условий воспитания, факторов семьи и внесемейного окружения. Выявление проблем поведения, волевой сферы, социальных отношений, ценностных ориентаций, общей культуры, склонностей к употреблению ПАВ. Позволяет выявить «проблемное поле» личности, риска социальной дезадаптированности	Учащиеся подросткового и юношеского возраста	Экспертный опрос, беседа с педагогами, родителями
			Индивидуально с учащимися старшего подросткового и раннего юношеского возраста; обработка и интерпретация результатов – с помощью психолога
Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (Орел А. Н.)	Выявление склонности лиц мужского пола к различным формам девиантного поведения		
<b>Изучение личности ребенка</b>			
Методика диагностики социально-психологической адаптации подростков К. Роджерса и Р. Даймонда	Анализ уровня социально-психологической адаптированности подростков, выявление сферы социальной дезадаптации. Анализ результатов	Учащиеся подросткового и юношеского возраста	Индивидуальная работа с бланком опросника. Обработка и интерпретация результатов проводится с помощью психолога

	диагностики дает возможность социальному педагогу выявить подростков, нуждающихся в социально-педагогической поддержке		
--	--	--	--

## Приложение 4

### Примерный перечень документов социального педагога

1. Портфолио.
  2. Паспорт микрорайона школы.
  3. Должностная инструкция.
  4. Календарный план на год, на месяц.
  5. График работы на неделю.
  6. Положение о кабинете социального педагога.
  7. Аналитический отчет работе за прошлый год.
  8. Перечень проектов и программ по различным направлениям
  9. Перечень взаимодействия с другими организациями (наименование, Ф.И.О руководителя, контактный телефон).
- Документы по взаимодействию с неблагополучными семьями
1. Папка со списками семей
    - малообеспеченных;
    - неполных;
    - с детьми-инвалидами;
    - с детьми-сиротами;
    - с безработными родителями.
  2. Списки учеников, систематически пропускающих занятия
  3. Списки учеников, эпизодически пропускающих занятия.

4. Списки детей, стоящих на внутришкольном контроле.

5. Списки детей, состоящих на учете в комиссии по делам несовершеннолетних.

На каждого ребенка из «группы риска»

1. Папка с картотекой.

В этой картотеке помещаются основные данные: фамилия и имя учащегося, год рождения. ФИО родителей, адрес проживания, контактный телефон. Школьная картотека «группы риска» должна являться накопительной, где фиксируются правонарушения, отклонения в поведении, жалобы со стороны учителя и учащихся, а также принятые меры, как классным руководителем, так и социально-психологической службой школы.

Картотека учащихся ОУ должна начинаться со сводной таблицы, которая позволяет свести все данные в одну единую систему информации, ее в свою очередь можно использовать в качестве отчетного материала для предоставления вышестоящим организациям. Далее в произвольной форме приводятся конкретные жалобы классных руководителей, учителей-предметников, учащихся, родителей и мероприятия, предпринятые для разрешения сложившихся ситуаций, или профилактические меры с указанием даты их проведения;

- карта семьи;
- индивидуальная карта по работе с ребенком;
- педагогическая карта;
- социальная карта.

2. Папка с диагностическими материалами (диагностика по изучению педагогов, учеников, классов, родителей).

3. Папка по учету правонарушений несовершеннолетних.

4. Папка по опеке и попечительству:

- социальная карта;
- данные опекуна (Ф.И.О., место работы, должность, адрес места жительства, контактный телефон);
- постановление об опеке над несовершеннолетним);
- акт обследования условий жизни и воспитания подопечного.

5. Методические рекомендации, по семейному воспитанию (папка по работе с родителями).

6. Нормативные правовые документы (папка с документами).

7. Данные по изучению социального состава семьи. Акты обследования материально-бытовых условий,

8. Личные дела выбывших учащихся (папка с личными делами выбывших учащихся).

9. Папка с характеристиками учащихся.

10. Папка по Совету по профилактике правонарушений несовершеннолетних:

- приказ директора о назначении Совета;
- Положение о Совете по профилактике правонарушений несовершеннолетних.
- Правила постановки детей на внутришкольный учет;
- протоколы.

**Социальный паспорт личности ребенка**

**1. Общие сведения о ребенке. Анкетные данные:**

фамилия, имя,  
дата рождения,  
- класс, школа,  
домашний адрес.

**II. Сведения о семье и взаимоотношениях в ней**

**1. Состав семьи:**

полная,  
один из родителей,  
распавшаяся.

**2. Возраст, образование, профессия:**

-отец,  
-мать,  
- другие члены семьи.

**3. Взаимоотношение родителей между собой:**

уважительные,  
напряженные,  
конфликтные.

**4. Взаимоотношения родителей с ребенком:**

доверительно-уважительные,

авторитарные,  
конфликтные.

**5. Материальное положение семьи:**

- крайне низкое,
- ниже среднего,
- среднее,
- достаточно высокое,
- высокое.

**6. Жилищные условия:**

- отдельная квартира,
- коммунальная квартира,
- общежитие.

**7. Условия жизни подростка:**

- отдельная комната,
- уголок в общей комнате,
- свой письменный стол,
- отдельное спальное место,
- общая кровать с кем – то.

**8. Часто ли подросток пропускает занятия по неуважительным причинам?**

- Да,
- Нет,
- Относительно редко.

**9. Часто ли подросток приходит в школу без школьных принадлежностей?**

- Да,
- Нет,
- Относительно редко.

**10. Выглядит ли подросток неухоженным:**

- приходит в школу грязный,
- приходит в школу в порванной одежде,
- приходит в школу голодный.

**11. Есть ли признаки насилия над ребенком в семье:**

- синяки,
- затравленный взгляд,
- страх при повышении голоса,

**12. Занимается ли подросток попрошайничеством:**

- Да,
- Нет.

**13. Существуют ли у родителей подростка проблемы (алкоголизм, асоциальное поведение):**

- Да,
- Нет,

**14. Часто ли подросток не выполняет домашние задания:**

- Да,
- Нет,
- Относительно редко.

**III. Личностная карта подростка (специальная диагностика)**

**1. Направленность интересов:**

- на учебную деятельность,
- на трудовую деятельность,
- на художественно-эстетическую деятельность,

на достижения в спорте, туризме,  
на отношения между людьми.

## **2. Активность:**

активно участвует во всех общественных делах,  
не проявляет активности в общественной жизни, но поручения выполняет,  
редко принимает участие в общественных делах,  
отказывается участвовать в общественных делах.

## **3. Ответственность:**

всегда хорошо и в срок выполняет любое порученное ему дело,  
часто не выполняет в срок порученное ему дело,  
очень редко выполняет порученное ему дело,  
никогда не доводит до конца порученное ему дело.

## **4. Инициативность:**

выступает зачинателем многих дел, не стремясь получить за это никакого признания,  
редко сам начинает новое дело,  
никогда не выступает зачинателем какого-либо дела.

## **5. Общительность:**

всегда охотно вступает в контакт с людьми,  
стремится общаться с ограниченным кругом людей,  
предпочитает индивидуальные формы работы и отдыха,  
замкнут, не общителен.

## **6. Уверенность в себе:**

поручения выполняет без помощи других, обращается за помощью  
только в случае действительной необходимости,  
выполняя трудную задачу, обращается за помощью, хотя мог бы справиться сам,  
-часто при выполнении заданий просит помощи, поддержки других, даже если сам может  
справиться,  
- постоянно, даже в простых делах, нуждается в одобрении и помощи  
других.

## **7. Решительность:**

в большинстве случаев самостоятельно принимает ответственное решение,  
иногда колеблется перед ответственным решением,  
редко решается принимать какое-либо ответственное решение,  
не в состоянии самостоятельно принять какое-либо ответственное решение.

## **4. Положение ребенка в коллективе**

### **1. Авторитет в группе:**

пользуется авторитетом среди большинства сокурсников,  
пользуется авторитетом только у части одноклассников,  
пользуется авторитетом у отдельных учащихся  
авторитетом не пользуется.

### **2. Симпатии:**

является любимцем группы, ему прощаются отдельные недостатки,  
в группе ребята относятся к нему с симпатией,  
пользуется симпатией у отдельных ребят,  
в классе его не уважают.

### **3. Проявление агрессии:**

использует физическую силу против сверстников и других лиц,  
при малейшем возбуждении проявляет грубость, резкость,  
агрессивность проявляется через угрозы, ругань, враждебные выкрики  
(без применения физической силы).



## **5. Отклонения от социальных и культурных норм и в поведении**

### **1. Отношение к алкоголю:**

-злоупотребление алкоголем, либо регулярное употребление наркотиков, токсических веществ,

эпизодическое употребление алкоголя и токсических веществ,

нейтральное, терпимое отношение к алкоголю, непонимание вреда, который приносят алкоголь и токсические вещества,

осознанный отказ от употребления спиртного, связанный с пониманием опасности употребления алкоголя.

### **2. Отношение к курению:**

неприятие курения,

осознанный, самостоятельный отказ от курения,

воздержание от курения из-за ориентации на запрет,

эпизодическое курение,

- закрепившаяся привычка к курению.

### **3. Культура речи:**

нормальная, живая, культурная речь,

избегание нецензурных выражений,

эпизодическое сквернословие,

- сквернословие в общественных местах, в присутствии девушек, женщин, взрослых.

## **Приложение 6**

### ***ПРИЗНАКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ***

#### **Как выявить у ребёнка суицидальный риск.**

*Как же узнать о том, что ваш ребёнок хочет совершить попытку самоубийства? Вот основные признаки суицидальных намерений:*

- Около 80% людей, совершающих суицид, предварительно дают знать о своих намерениях другим людям. Способы сообщения могут носить форму завуалированного или прямого предупреждения о суициде. Это обычно происходит в форме разговора о суициде, рассуждений о самоубийствах, рассказов о своих проблемах, сообщений о желании умереть, о своей никчемности, беспомощности и о своем безнадежном положении, просьбы о помощи. Это может быть предпочтение пессимистических, мрачных или суицидных тем в искусстве, литературных произведениях, беседах. Кроме того, намёки на самоубийство могут выражаться и в письменной форме – в письмах, записках, дневнике. Как правило, будущий суицидент сообщает о своём состоянии, как минимум, одному человеку.

- Характерным признаком является состояние депрессии, которому присущи отсутствие аппетита, бессонница, безразличие, тоска и отчаяние. Следует отметить, что накануне суицида у человека может наблюдаться полная потеря аппетита или, наоборот,

импульсивное обжорство; бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней.

- Нередко происходит потеря интересов, хобби. Подросток перестаёт строить планы на будущее, интересоваться новыми возможностями. Испытывает ощущение скуки при проведении времени в привычном окружении или выполнении работы, которая раньше приносила удовольствие. Менее интенсивным становится общение с друзьями.

- Наблюдается социальная изоляция, уход в себя. Подросток замыкается от семьи и друзей, уходит от контактов, превращается в человека одиночку. Причём изоляция от друзей и семьи приводит к отсутствию поддержки со стороны близких и сверстников.

- Изменяется отношение к учёбе. Обычно подросток перестаёт интересоваться своей успеваемостью, часто просто не посещает занятия, не выполняет домашние задания, избегает общения с одноклассниками. Отмечается нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы. Всё это приводит к серьёзным проблемам в учёбе (низкая успеваемость, прогулы, опоздания).

- Для человека, намеревающегося совершить самоубийство, характерно:

- Поведение, направленное на саморазрушение (попытки самоубийства, безрассудство, частые происшествия);

- Рвызывающее поведение (уходы из дома, преступность, сексуальная распущенность);

- Рупотребление алкоголя и наркотиков, что повышает вероятность действий, совершаемых под воздействием внезапных импульсов.

- Можно отметить безразличие к своему внешнему виду, небрежность в одежде. Часто будущие суициденты перестают следить за собой или, наоборот, резко меняют имидж. Например, девушки отрезают длинные волосы, перестают следить за своим весом, юноши, вообще, могут перестать причёсываться и мыться.

- Для подростка становится характерным беспокойное поведение, частые смены настроения. Он может быть чрезмерно деятельным или, наоборот, безразличным к окружающему миру; ощущает попеременно то внезапную эйфорию, то приступы отчаяния. Может находиться в подавленном настроении, испытывать постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти. А может проявлять раздражительность, угрюмость, внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.

- Отмечаются жалобы на здоровье. Частые жалобы на соматические недомогания: на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость.

- Наблюдается поглощенность темами смерти. Подросток проявляет постоянный интерес к музыке, фильмам и книгам, в которых так или иначе упоминается смерть, погружен в размышления о смерти.

- Другая опасность суицида заключена в неожиданном, драматическом и необъяснимом изменении поведения, так называемом, «терминальном поведении»: человек приводит свои дела в порядок, раздаёт свои любимые вещи, при этом часто заявляет о печали и отчаянии.

- Приведение своих дел в порядок – раздаривание любимых вещей, упаковывание, составление предсмертной записки. Человек мог быть неряшливым, и вдруг начинает приводить все в порядок. Делает последние приготовления.

- Внешняя удовлетворенность – прилив энергии. Если решение покончить с собой принято, а план составлен, то мысли на эту тему перестают мучить, появляется избыток энергии. Внешне расслабляется – может показаться, что отказался от мысли о самоубийстве. Состояние прилива сил может быть опаснее, чем глубокая депрессия.

- Прощание. Может принять форму выражения благодарности различным людям за помощь в разное время жизни.

О возможном самоубийстве говорит сочетание нескольких признаков.

Разумеется, это не портрет будущего самоубийцы, а всего лишь признаки, на которые стоит обратить внимание. В любом случае такое поведение – сигнал о том, что у подростка резко меняются жизненные ориентиры, и окружающим (друзьям, педагогам, родителям) надо уделять ему больше времени и понимания.

Если вы заметили несколько из перечисленных признаков, то обязательно поговорите со своим ребёнком. Если он не хочет раскрыться перед вами, обратитесь к специалисту. *Чаще всего нам недостает банального внимания!* Предоставьте ребёнку свое внимание, причем не старайтесь давать советы и не оценивайте его. Попробуйте принять его и его действия, как данность – он такой и может сам выбирать стиль своего поведения. Если потребуется, то не пожалейте своего времени на то, чтобы просто побыть рядом с ним, подержать его за руку и позвольте ему поплакать (если он захочет). Этого может оказаться достаточно, чтобы ваш ребёнок не решился на последний, страшный шаг.

### **Предупреждение подростковых самоубийств.**

Важно помнить, что предупреждение самоубийств – это целая наука: вытеснения боли, снятия стрессов, смены ориентиров, замены ценностей, возрождения духовности и нравственности. Как и любая наука, она постижима для каждого.

Для раннего выявления признаков суицидального поведения особое значение имеет:

- учет перенесенных заболеваний или травмы мозга;
- наличие предыдущей (незаконченной) попытки суицида;
- суицидальные угрозы, прямые или завуалированные;
- тенденции к самоповреждению (аутоагрессия);
- склонность к самоубийству вследствие того, что оно совершалось кем-то из друзей, знакомых или членов семьи;
- влияние сложных отношений в семье на психику ребенка как дополнительного стресс-фактора:
  - серьёзный кризис в семье – в отношениях с родителями или родителей друг с другом;
  - семейные проблемы: уход из семьи или развод родителей;
  - тяжелые утраты, например смерть родителя, особенно в течение первого года после потери;
- социальная изолированность (не имеет друзей или имеет только одного друга, чувствует себя отверженным);
- ощущает себя жертвой насилия – физического, сексуального или эмоционального;

- алкоголизм или употребление наркотиков – личная или семейная проблема;
- аффективные расстройства, особенно тяжелые депрессии;
- хронические или смертельные болезни;
- анализ причин повышения раздражительности, повышенной впечатлительности, появления робости, чувства собственной неполноценности, преувеличения своих недостатков, принижения успехов и достоинств.

В целях определения социально-психологического отношения к суицидальным действиям, немаловажно тактично, не акцентируя особого внимания на вопросы, выяснить мнение ребенка по поводу высказываний о смысле жизни и смерти:

Перечень некоторых высказываний, положительное отношение к которым говорит об отсутствии в мировоззрении подростка активных антисуицидальных позиций:

- можно оправдать людей, выбравших добровольную смерть;
- смысл жизни не всегда бывает ясен, иногда его можно потерять;
- я не осуждаю людей, которые совершают попытки уйти из жизни;
- выбор добровольной смерти человеком в обычной жизни, безусловно, может быть оправдан;
- я понимаю людей, которые не хотят жить дальше, если их предают родные и близкие.

**Антисуицидальные факторы личности** – это сформированные положительные жизненные установки, жизненная позиция, комплекс личностных факторов и психологические особенности человека, а также душевные переживания, препятствующие осуществлению суицидальных намерений. Антисуицидальные факторы личности обесценивают самоубийство как способ разрешения проблем и формируют антисуицидальный барьер.

К ним относятся:

- эмоциональная привязанность к родным и близким людям, степень значимости отношений с ними, боязнь причинить им душевную боль;
- концентрация внимания на состоянии собственного здоровья, боязнь причинения себе физического вреда;
- религиозные и социальные табу, связанные с проблемой смерти и самоубийства; боязнь греха самоубийства;
- учет общественного мнения и избегание осуждения со стороны окружающих, представления о позорности самоубийства и неприятие (осуждение) суицидальных моделей поведения;
- проявление интереса к жизни; наличие актуальных жизненных ценностей, целей;
- наличие жизненных, творческих, семейных и других планов, замыслов;
- убеждения о неиспользованных жизненных возможностях;
- психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности.
- Для формирования антисуицидальных установок следует:
- постоянно общаться с ребенком, не оставлять его наедине со своими мыслями;

- вселять в ребёнка уверенность в свои силы и возможности;
- внушать оптимизм и надежду;
- проявлять сочувствие, окружать теплом и пониманием;
- осуществлять контроль за поведением ребенка, анализировать его отношения со сверстниками.

Чем большим количеством антисуицидальных, жизнеутверждающих факторов обладает человек, в частности подросток, чем сильнее его «психологическая защита» и внутренняя уверенность в себе, тем прочнее его антисуицидальный барьер.

Психологи в качестве профилактики рекомендуют родителям, как правило, единственное средство – быть внимательнее к настроению своего ребёнка, поддерживать его, не ругать по пустякам, сохранять диалог. Однако помимо внешней опеки, ребёнку жизненно необходим ещё и внутренний иммунитет, который позволит ему более стойко переносить жизненные невзгоды, не только в юности, но и во взрослой жизни. Такой иммунитет называется терпение и понимание, что все испытания идут человеку на пользу.

### **КАК ВЕСТИ СЕБЯ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ УЧАЩИМИСЯ В ШКОЛЕ**

Выявление подростков, переживающих стресс и нуждающихся в помощи, обычно не представляет особой проблемы. Гораздо труднее решить, как следует вести себя в отношении детей и подростков с суицидальными тенденциями.

Многие работники школ обладают способностью к чуткому и уважительному обращению с учащимися, испытывающими страдание и суицидальные переживания, в то время как другие этими навыками не владеют. В последнем случае их следует этим умениям обучить. При контактах с суицидальным учащимся следует соблюдать баланс между дистанцией и близостью, между эмпатией и уважением.

Выявление у учащегося признаков суицидального кризиса и оказание помощи в его преодолении может вызвать внутренний конфликт у учителей и других школьных работников, поскольку порой они либо не обладают нужными навыками, либо им не хватает времени, или же они опасаются столкновения с собственными психологическими проблемами.

#### **Общая превенция: до возникновения суицидальных действий**

Наиболее важным аспектом суицидальной превенции является раннее выявление детей и подростков, переживающих стресс и/или подвергающихся повышенному суицидальному риску. Для достижения этой цели особое внимание должно уделяться общей ситуации, в которой находятся работники и учащиеся школы, и ее коррекции с помощью описанных далее методов. Многие эксперты полагают, что прямое предоставление подросткам сведений относительно самоубийства является нецелесообразным. По их мнению, вместо обсуждения проблемы самоубийства, предпочтительно применение подхода, направленного на укрепление психического здоровья в целом.

#### *Укрепление психического здоровья учителей и других работников школ.*

Прежде всего, важно обеспечить психологическое благополучие учителей и всех работников школы. Обстановка на работе может быть для них психологически неблагоприятной или нести в себе заряд агрессии, а иногда и насилия. Поэтому они нуждаются в информационных материалах, помогающих им разобраться в ситуации и предлагающих адекватные способы реагирования на психологическое напряжение или

возможные психические дисфункции у самих себя, учеников и коллег. Кроме того, им бывает необходима поддержка и, при необходимости – лечение, которое следует им предоставить.

*Укрепление самоуважения и положительной самооценки учащихся.*

Положительная самооценка и чувство собственного достоинства помогает детям и подросткам избегать эмоциональных проблем и уныния, предоставляет им возможность успешного преодоления трудных и травмирующих ситуаций в жизни.

Для выработки у детей положительной самооценки и самоуважения используются различные способы. Ниже перечислены некоторые рекомендуемые подходы:

- Всегда старайтесь подчеркивать все хорошее и успешное, что присуще ребенку. Ощущение успешности, достижений в чем-либо, в том числе, прошлые успехи улучшают состояние, повышают уверенность в себе и укрепляют веру в будущее.

- Не следует оказывать постоянное давление на подростка или юношу и предъявлять чрезмерные требования в отношении достижения все лучших и лучших результатов (в учебе, жизни и т.д.).

- Взрослым недостаточно только говорить или думать, что они любят своих детей, им следует их действительно любить. Существует большое различие между тем, когда ты чувствуешь, что тебя любят, и когда тебе только часто повторяют, что любят.

- Детей важно принимать такими, какие они есть. Более того, их нужно любить такими, какие они есть. Они должны чувствовать, что их любят не за хорошее поведение и успехи, а потому, что они – дети.

Жалость и сочувствие снижают самоуважение, тогда как эмпатия способствует его повышению, поскольку она не содержит осуждения. В раннем детстве самостоятельность и собственные умения являются строительным материалом формирования самоуважения и положительной самооценки.

Самооценка у подростков зависит от развития физических, социальных и трудовых навыков. Поощряйте занятия спортом, успехи среди друзей. В конце концов, рано или поздно подросток или юноша должен приобрести независимость от семьи, школы и окружающих сверстников, наладить отношения с противоположным полом, подготовить себя к самостоятельной жизни, выработать собственную осмысленную жизненную позицию. В этих начинаниях ему необходима тактичная и умная поддержка.

Эффективной стратегией является обязательное обучение жизненным навыкам, вначале на жизненных примерах других, а затем в курсе школьной программы. Курс обучения должен включать обучение навыкам оказания поддержки сверстникам и друзьям, а также умению в случае необходимости обращаться за помощью к взрослым.

Кроме того, система образования должна способствовать развитию и укреплению чувства идентичности у любого учащегося.

Еще одной важной задачей является обеспечение стабильности и преемственности в школьном обучении.

*Поощрение выражения эмоций и чувств.*

Детей и подростков следует учить серьезному отношению к собственным чувствам и поощрять их к искреннему обмену переживаниями с родителями и другими взрослыми, такими как учителя, школьный фельдшер, психолог, педагог социальный, друзья, спортивный тренер, священник.

*Предотвращение запугивания и физического насилия в школе.*

В системе образования следует использовать специальные меры предотвращения запугивания и физического насилия в школе или на ее территории. Это является необходимой мерой обеспечения безопасной обстановки, свободной от взаимной нетерпимости.

*Информирование о возможностях оказания помощи.*

Доступность специальных служб оказания помощи должна обеспечиваться путем широкого распространения сведений о них, в том числе среди детей и подростков. Речь идет, например, об информации относительно телефонных номеров кризисных телефонных линий и служб неотложной психиатрической помощи.

### **Интервенция:**

#### **меры, которые следует предпринимать при выявлении риска самоубийства**

В большинстве случаев, у детей и подростков, переживающих стресс и/или подвергающихся риску суицидального поведения, существуют еще и проблемы общения, т.е. неспособность или невозможность обсуждения с кем-либо возникших проблем. Поэтому с этими подростками, юношами и девушками, в первую очередь, следует установить диалог.

*Общение.*

Первым шагом в превенции самоубийства всегда является доверительное общение. Диалог с человеком во время суицидального кризиса является необычайно важным. Отсутствие доверительного общения и обусловленное этим нарушение взаимодействия между людьми приводит к перечисленным ниже последствиям:

- Возникает ситуация, когда молчание и нарастающая напряженность в отношениях не позволяют сделать ничего полезного для подростка. Нередко причиной отсутствия диалога являются ложные опасения взрослого, что обсуждение с ребенком или подростком его суицидальных мыслей и высказываний может спровоцировать его на совершение суицидального акта.

- Амбивалентность реакций взрослых. Очень часто столкновение взрослых людей с суицидальными высказываниями ребенка или подростка вызывает обострение их собственных психологических конфликтов. Психологическое напряжение, вызванное общением со страдающим или суицидальным ребенком или подростком, может достигнуть большой интенсивности и сопровождается широким спектром эмоциональных реакций. В некоторых случаях у взрослого, находящегося в контакте с такими детьми или подростками, актуализируются собственные эмоциональные проблемы. Иногда подобные проблемы оказываются весьма серьезными у работников школы, амбивалентность (неоднозначность) чувств которых – стремление помочь суицидальному ученику и одновременно возникающее нежелание или неспособность предпринять соответствующие меры – может привести к отказу от обсуждения проблемы.

- Возникает прямая или опосредованная агрессия. Иногда дискомфорт, который испытывают взрослые, выливается в осознанную или бессознательную агрессию против ребенка. В результате взрослые реагируют словесной или невербальной агрессией в отношении страдающего или суицидального ребенка/подростка.

- Важно понять, что в процессе общения учитель не является одиноким, поэтому обучение способности вести доверительную беседу во время суицидального кризиса является особенно важным моментом. Диалог должен соответствовать ситуации.

Он подразумевает признание самоценности детей и подростков и их потребности, прежде всего, в помощи, а не в дидактическом подходе (с позиции старшего).

Дети и подростки, переживающие стресс или подвергающиеся риску самоубийства, часто бывают чрезмерно чувствительными к стилю общения других людей, иными словами молодежь в состоянии суицидального кризиса особенно чувствительна не столько к тому, что говорится, но и, к тому, как это говорится. Эта чувствительность может быть обусловлена тем, что в период их воспитания у них не сложились доверительные отношения с членами семьи и сверстниками, поэтому они сталкивались с отсутствием интереса, уважения и любви к себе со стороны окружающих. Повышенная чувствительность суицидального подростка проявляется как в словесном, так и невербальном общении. Порой больше пользы приносит невербальная коммуникация – «язык жестов и прикосновений». Взрослых не должно обескураживать нежелание детей и подростков разговаривать с ними. Они должны помнить, что установка на избегание контакта часто является признаком недоверия к взрослым.

Взрослые могут столкнуться с тем, что ребенок отвергает их помощь. На самом деле он одновременно и желает, и не хочет ее. Суицидальные дети и подростки проявляют выраженную амбивалентность в отношении того, принять ли предложенную им помощь, или отвергнуть ее, продолжать жить, или умереть. Эта амбивалентность явно отражается в их поведении, они легко переходят от обращения за помощью к ее отвержению, и окружающие могут неправильно интерпретировать их поступки. Поэтому для достижения положительного результата в диалоге необходимы мягкость и настойчивость, терпение и максимальное проявление сочувствия и любви.

#### *Повышение квалификации работников школы.*

Обучение специальным навыкам общения с суицидальными подростками должно осуществляться в ходе специальных курсов практического обучения, направленных на выработку подходов общения между учащимися и учителями, а также на повышение уровня осознания и понимания преподавателями и другими работниками школы суицидального риска. Ключевыми мерами превенции самоубийств являются повышение квалификации всех работников школы, в компетенцию которых входят беседы с коллегами и учащимися о вопросах жизни и смерти, обучение их выявлению стрессовых состояний, признаков депрессии и суицидального поведения, повышение уровня их знаний о доступных видах психологической поддержки и других источниках помощи.

Важными инструментами в профилактической работе являются специальные руководства по превенции самоубийств, в которых ясно сформулированы цели и четко определены ограничения этой работы.

#### *Направление к специалисту.*

Быстрая, решительная и при необходимости – властная, авторитарная интервенция, а именно – направление суицидального подростка к врачу общего профиля, детскому психиатру или в отделение скорой помощи, может спасти его жизнь.

Эффективность медицинских служб для детей и подростков в плане суицидальной превенции связана с их доступностью, они не должны отпугивать людей, и контакт с ними не должен оставлять на пациенте социального клейма (стигмы). Если ученик находится в состоянии суицидального кризиса, его следует активно направить или лично доставить в сопровождении работника школы в медицинское учреждение, где его принимает команда, состоящая из врачей, медицинских сестер, социальных работников и юристов, задачей



которых является защита прав ребенка. Подобное активное направление учащегося в медицинское учреждение не позволит ему уклониться от обращения, что вполне может произойти, если просто выписать направление, выдать его на руки или отправить по почте.

#### *Ограничение доступности средств самоубийства.*

Различные формы надзора, надежное хранение опасных медикаментов, огнестрельного оружия, пестицидов, взрывчатых веществ, ножей в учебных заведениях, родительских домах и других местах пребывания суицидальных подростков, являются важными мерами спасения их жизни. Поскольку эти меры сами по себе не являются достаточными для долговременной превенции самоубийства, ребенку одновременно следует оказывать психологическую поддержку.

### **Если совершена суицидальная попытка или самоубийство**

#### *Информирование работников школы и соучеников.*

В школах должны существовать специальные инструкции относительно информирования работников школы, особенно, учителей, а также учащихся и их родителей, о совершении в школе суицидальной попытки или самоубийства. Эти меры направлены на предотвращение кластеризации самоубийств, т.е. проявления «эффекта заразительности». Этот эффект является следствием психологической тенденции суицидальных детей и подростков подражать деструктивным действиям людей, совершивших самоубийство или суицидальную попытку.

Важно не только выявить всех учеников с суицидальными тенденциями, обучающихся в том же и в других классах школы. Суицидальный кластер может охватить не только знакомых друг с другом детей и подростков, даже совершенно чужие и никогда не встречавшие самоубийцу юноши и девушки могут имитировать его поведение и, в результате, тоже совершить самоубийство.

Соучеников, работников школы и родителей следует тактично, но объективно известить о самоубийстве или суицидальной попытке, совершенной учеником, и проработать переживания, вызванные случившимся событием.

### **ЧТО МОЖНО СДЕЛАТЬ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ПОМОЧЬ**

**1. Подбирайте ключи к разгадке суицида.** Суицидальная превенция состоит не только в заботе и участии друзей, но и в способности распознать признаки грядущей опасности. Ваше знание ее принципов и стремление обладать этой информацией может спасти чью-то жизнь. Делясь ими с другими, вы способны разрушить мифы и заблуждения, из-за которых не предотвращаются многие суициды.

*Ищите признаки возможной опасности:* суицидальные угрозы, предшествующие попытки самоубийства, депрессии, значительные изменения поведения или личности человека, а также приготовления к последнему волеизъявлению. Уловите проявления беспомощности и безнадежности и определите, не является ли человек одиноким и изолированным. Чем больше будет людей, осознающих эти предостережения, тем значительнее шансы исчезновения самоубийства из перечня основных причин смерти.

**2. Примите суицидента как личность.** Допустите возможность, что человек действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он не способен и не сможет решиться на самоубийство. Иногда соблазнительно отрицать возможность того,

что кто-либо может удержать человека от суицида. Именно поэтому тысячи людей – всех возрастов, рас и социальных групп – совершают самоубийства. Не позволяйте другим вводить вас в заблуждение относительно несерьезности конкретной суицидальной ситуации. Если вы полагаете, что кому-либо угрожает опасность самоубийства, действуйте в соответствии со своими собственными убеждениями. Опасность, что вы растеряетесь, преувеличив потенциальную угрозу, – ничто по сравнению с тем, что кто-то может погибнуть из-за вашего невмешательства.

**3. Установите заботливые взаимоотношения.** Не существует всеохватывающих ответов на такую серьезную проблему, какой является самоубийство. Но вы можете сделать гигантский шаг вперед, если станете на позицию уверенного принятия отчаявшегося человека. В дальнейшем очень многое зависит от качества ваших взаимоотношений. Их следует выражать не только словами, но и невербальной эмпатией; в этих обстоятельствах уместнее не морализирование, а поддержка.

Вместо того, чтобы страдать от самоосуждения и других переживаний, тревожная личность должна постараться понять свои чувства. Для человека, который чувствует, что он бесполезен и нелюбим, забота и участие отзывчивого человека являются мощными ободряющими средствами. Именно таким образом вы лучше всего проникнете в изолированную душу отчаявшегося человека.

**4. Будьте внимательным слушателем.** Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения. В силу этого они бывают не настроены принять ваши советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли, фрустрации и того, о чем говорят: «У меня нет ничего такого, ради чего стоило бы жить». Если человек страдает от депрессии, то ему нужно больше говорить самому, чем беседовать с ним.

У вас может появиться фрустрация, обида или гнев, если человек не ответит немедленно на ваши мысли и потребности. Понимание, что у того, о ком вы заботитесь, существует суицидальная настроенность, обычно вызывает у помощника боязнь отвержения, нежеланности, бессилия или ненужности. Несмотря на это, помните, что этому человеку трудно сосредоточиться на чем-то, кроме своей безысходности. Он хочет избавиться от боли, но не может найти исцеляющего выхода. Если кто-то признается вам, что думает о самоубийстве, не осуждайте его за эти высказывания. Постарайтесь по возможности остаться спокойным и понимающим. Вы можете сказать: «Я очень ценю вашу откровенность, ведь для того, чтобы поделиться своими чувствами, сейчас от вас требуется много мужества». Вы можете оказать неоценимую помощь, выслушав слова, выражающие чувства этого человека, будь то печаль, вина, страх или гнев. Иногда, если вы просто молча посидите с ним, это явится доказательством вашего заинтересованного и заботливого отношения.

Как психологи, так и неспециалисты должны развивать в себе искусство «слушать третьим ухом». Под этим подразумевается проникновение в то, что «высказывается» невербально: поведением, аппетитом, настроением и мимикой, движениями, нарушениями сна, готовностью к импульсивным поступкам в острой кризисной ситуации. Несмотря на то, что основные предвестники самоубийства часто завуалированы, тем не менее, они могут быть распознаны восприимчивым слушателем.

**5. Не спорьте.** Сталкиваясь с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто отвечают: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение; такие

замечания вызывают у несчастного и без того человека еще большую подавленность. Желая помочь таким образом, близкие способствуют обратному эффекту.

Можно встретить часто и другое знакомое замечание: «Ты понимаешь, какие несчастья и позор ты навлечешь на свою семью?» Но, возможно, за ним скрывается именно та мысль, которую желает осуществить суицидент. Ни в коем случае не проявляйте агрессию, если вы присутствуете при разговоре о самоубийстве, и постарайтесь не выражать потрясения тем, что услышали. Вступая в дискуссию с подавленным человеком, вы можете не только проиграть спор, но и потерять его самого.

**6. Задавайте вопросы.** Если вы задаете такие косвенные вопросы, как: «Я надеюсь, что ты не замыслишь самоубийства?», – то в них подразумевается ответ, который вам бы хотелось услышать. Если близкий человек ответит: «Нет», – то вам, скорее всего, не удастся помочь в разрешении суицидального кризиса.

Лучший способ вмешаться в кризис, это заботливо задать прямой вопрос: «Ты думаешь о самоубийстве?» Он не приведет к подобной мысли, если у человека ее не было; наоборот, когда он думает о самоубийстве и, наконец, находит кого-то, кому небезразличны его переживания, и кто согласен обсудить эту запретную тему, то он часто чувствует облегчение, и ему дается возможность понять свои чувства и достичь катарсиса.

Следует спокойно и доходчиво спросить о тревожащей ситуации, например: «С каких пор вы считаете свою жизнь столь безнадежной? Как вы думаете, почему у вас появились эти чувства? Есть ли у вас конкретные соображения о том, каким образом покончить с собой? Если вы раньше размышляли о самоубийстве, что вас останавливало?» Чтобы помочь суициденту разобраться в своих мыслях, можно иногда перефразировать, повторить наиболее существенные его ответы: «Иными словами, вы говорите...» Ваше согласие выслушать и обсудить то, чем хотят поделиться с вами, будет большим облегчением для отчаявшегося человека, который испытывает боязнь, что вы его осудите, и готов к тому, чтобы уйти.

**7. Не предлагайте неоправданных утешений.** Одним из важных механизмов психологической защиты является рационализация. После того, что вы услышали от кого-то о суицидальной угрозе, у вас может возникнуть желание сказать: «Нет, вы так на самом деле не думаете». Для этих умозаключений зачастую нет никаких оснований за исключением вашей личной тревоги.

Причина, по которой суицидент посвящает в свои мысли, состоит в желании вызвать обеспокоенность его ситуацией. Если вы не проявите заинтересованности и отзывчивости, то депрессивный человек может посчитать суждение типа: «Вы на самом деле так не думаете», – как проявление отвержения и недоверия. Если вести с ним беседу с любовью и заботой, то это значительно снизит угрозу самоубийства. В противном случае его можно довести до суицида банальными утешениями как раз тогда, когда он отчаянно нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе.

Суицидальные люди с презрением относятся к замечаниям типа: «Ничего, ничего, у всех есть такие же проблемы, как у тебя», – и другим аналогичным клише, поскольку они резко контрастируют с их мучениями. Эти выводы лишь минимизируют, уничтожают их чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужными и бесполезными.

**8. Предложите конструктивные подходы.** Вместо того чтобы говорить суициденту: «Подумай, какую боль принесет твоя смерть близким», – попросите

поработать об альтернативных решениях, которые, возможно, еще не приходили ему в голову.

Одна из наиболее важных задач профилактики суицидов состоит в том, чтобы помочь определить источник психического дискомфорта. Это может быть трудным, поскольку «питательной средой» суицида является секретность. Наиболее подходящими вопросами для стимуляции дискуссии могут быть: «Что с вами случилось за последнее время? Когда вы почувствовали себя хуже? Что произошло в вашей жизни с тех пор, как возникли эти перемены? К кому из окружающих они имели отношение?» Потенциального самоубийцу следует подтолкнуть к тому, чтобы он идентифицировал проблему и, как можно точнее определил, что ее усугубляет.

Отчаявшегося человека необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить. Если человек все же не решается проявить свои сокровенные чувства, то, возможно, вам удастся навести на ответ, заметив: «Мне кажется, вы очень расстроены», – или: «По моему мнению, вы сейчас заплачете». Имеет смысл также сказать: «Вы все-таки взволнованы. Может, если вы поделитесь своими проблемами со мной, я постараюсь понять вас».

Актуальная психотравмирующая ситуация может возникнуть из-за распада взаимоотношений с супругом или детьми. Человек может страдать от неразрешившегося горя или какой-либо соматической болезни. Поэтому следует принимать во внимание все его чувства и беды.

Если кризисная ситуация и эмоции выражены, то далее следует выяснение, как человек разрешал сходные ситуации в прошлом. Это называется «оценкой средств, имеющихся для решения проблемы». Она включает выслушивание описания предыдущего опыта в аналогичной ситуации. Для инициирования можно задать вопрос: «Не было ли у вас раньше сходных переживаний?» Существует уникальная возможность совместно раскрыть способы, которыми человек справлялся с кризисом в прошлом. Они могут быть полезны для разрешения и настоящего конфликта.

Постарайтесь выяснить, что остается, тем не менее, позитивно значимым для человека. Что он еще ценит. Отметьте признаки эмоционального оживления, когда речь пойдет о «самом лучшем» времени в жизни, особенно следите за его глазами. Что из имеющего для него значимость достижимо? Кто те люди, которые продолжают его волновать? И теперь, когда жизненная ситуация проанализирована, не возникло ли каких-либо альтернатив? Не появился ли луч надежды?

**9. Вселяйте надежду.** Работа со склонными к саморазрушению депрессивными людьми является серьезной и ответственной. Психотерапевты давно пришли к выводу, что очень ценным является сосредоточение на том, что они говорят или чувствуют. Когда беспокоящие скрытые мысли выходят на поверхность, беды кажутся менее фатальными и более разрешимыми. Терзаемый тревогой человек может прийти к мысли: «Я так и не знаю, как разрешить эту ситуацию. Но теперь, когда ясны мои затруднения, я вижу, что, быть может, еще есть какая-то надежда». Надежда помогает человеку выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве.

Потерю надежд на достойное будущее отражают записки, оставленные самоубийцами. Саморазрушение происходит, если люди утрачивают последние капли оптимизма, а их близкие каким-то образом подтверждают тщетность надежд. Кто-то по

этому поводу остроумно заметил: «Мы смеемся над людьми, которые надеются, и отправляем в больницы тех, кто утратил надежду». Как бы то ни было, надежда должна исходить из реальности. Не имеет смысла говорить: «Не волнуйся, все будет хорошо», когда все хорошо быть *не* может. Надежда не может строиться на пустых утешениях. Надежда возникает не из оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности желать и достигать. Умерший любимый человек не может возвратиться, как ни надейся и ни молись. Но его близкие могут открыть для себя новое понимание жизни. Надежды должны быть обоснованны: когда корабль разбивается о камни, есть различия между надеждой «доплыть до ближайшего берега или достичь противоположного берега океана». Когда люди полностью теряют надежду на достойное будущее, они нуждаются в поддерживающем совете, в предложении какой-то альтернативы. «Как бы вы могли изменить ситуацию?», «Какому вмешательству извне вы могли бы противостоять?», «К кому вы могли бы обратиться за помощью?» Поскольку суицидальные лица страдают от внутреннего эмоционального дискомфорта, все окружающее кажется им мрачным. Но им важно открыть, что не имеет смысла застревать на одном полюсе эмоций.

Человек может любить, не отрицая, что иногда испытывает откровенную ненависть; смысл жизни не исчезает, даже если она приносит душевную боль. Тьма и свет, радости и печали, счастье и страдание являются неразделимо переплетенными нитями в ткани человеческого существования. Таким образом, основания для реалистичной надежды должны быть представлены честно, убедительно и мягко. Очень важно, если вы укрепите силы и возможности человека, внушите ему, что кризисные проблемы обычно преходящи, а самоубийство не бесповоротно.

**10. Оцените степень риска самоубийства.** Постарайтесь определить серьезность возможного самоубийства. Ведь намерения могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей о такой «возможности» и кончая разработанным планом суицида путем отравления, прыжка с высоты, использования огнестрельного оружия или веревки. Очень важно выявить и другие факторы, такие, как алкоголизм, употребление наркотиков, степень эмоциональных нарушений и дезорганизации поведения, чувство безнадежности и беспомощности. Неоспоримым фактом является то, что чем более разработан метод самоубийства, тем выше его потенциальный риск. Очень мало сомнений в серьезности ситуации остается, например, если депрессивный подросток, не скрывая, дарит кому-то свой любимый магнитофон, с которым он ни за что бы не расстался. В этом случае лекарства, оружие или ножи следует убрать подальше.

**11. Не оставляйте человека одного в ситуации высокого суицидального риска.** Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побыть с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет помощь. Возможно, придется позвонить на станцию скорой помощи или обратиться в поликлинику. Помните, что поддержка накладывает на вас определенную ответственность.

Для того чтобы показать человеку, что окружающие заботятся о нем, и создать чувство жизненной перспективы, вы можете заключить с ним так называемый суицидальный контракт – попросить об обещании связаться с вами перед тем, как он решится на суицидальные действия в будущем для того, чтобы вы еще раз смогли обсудить возможные альтернативы поведения. Как это ни странно, такое соглашение может оказаться весьма эффективным.

**12. Обратитесь за помощью к специалистам.** Суициденты имеют суженное поле зрения, своеобразное туннельное сознание. Их разум не в состоянии восстановить полную картину того, как следует разрешать непереносимые проблемы. Первая просьба часто состоит в том, чтобы им была предоставлена помощь. Друзья, несомненно, могут иметь благие намерения, но им может не хватать умения и опыта, кроме того, они бывают склонны к излишней эмоциональности.

Для испытывающих суицидальные тенденции возможным помощником может оказаться священник. Уильям Джеймс считал суицид религиозным заболеванием, излечить которое может вера. Многие священнослужители являются превосходными консультантами – понимающими, чуткими и достойными доверия. Но есть среди них и такие, которые не подготовлены к кризисному вмешательству. Морализированием и поучающими банальностями они могут подтолкнуть прихожанина к большей изоляции и самообвинениям.

Надежным источником помощи являются семейные врачи. Они обычно хорошо информированы, могут правильно оценить серьезность ситуации и направить человека к знающему специалисту. Вначале же, пока пациент не получил квалифицированной помощи, семейный врач может назначить ему препараты для снижения интенсивности депрессивных переживаний.

Ни в коем случае при суицидальной угрозе не следует недооценивать помощь психиатров или клинических психологов. В противоположность общепринятому мнению психиатрическая помощь не является роскошью богатых. В настоящее время существуют как частные, так и государственные учреждения, финансируемые из национальных или региональных фондов, которые предоставляют различные виды помощи за низкую цену. Благодаря своим знаниям, умениям и психотерапевтическому влиянию эти специалисты обладают уникальными способностями понимать сокровенные чувства, потребности и ожидания человека.

Во время психотерапевтической консультации отчаявшиеся люди глубже раскрывают свое страдание и тревоги. Если депрессивный человек не склонен к сотрудничеству и не ищет помощи специалистов, то еще одним методом лечения является семейная терапия. В этом случае об отчаявшемся не говорят «пациент». Все члены семьи получают поддержку, высказывают свои намерения и огорчения, конструктивно вырабатывая более комфортный стиль совместной жизни. Наряду с конструктивным снятием эмоционального дискомфорта при семейной терапии могут быть произведены персональные изменения в окружении.

Иногда единственной альтернативой помощи суициденту, если ситуация оказывается безнадежной, становится госпитализация в психиатрическую больницу. Промедление может быть опасным; госпитализация может принести облегчение, как больному, так и семье. Тем не менее, больницы, конечно, не являются панацеей. Самоубийство может быть совершено, если больному разрешат навестить домашних, вскоре после выписки из больницы или непосредственно во время лечения. Исследования показали, что существенным является то, как суициденты воспринимают ситуацию интернирования. Не рассматривают ли они больницу как «тюрьму», в которую заточены? Установлено, что те, кто негативно относится к лечению в психиатрическом стационаре, обладают наивысшим суицидальным риском при поступлении и выписке из больницы.

Кроме того, известно, что наиболее склонные к саморазрушению относятся к своему кризису очень лично, а не как к какому-то расплывчатому состоянию. Они реагируют на актуальные проблемы яростными, гневными поступками, направленными на значимых людей, а потом в качестве расплаты переносят неистовство на себя. Из-за длительных неудач в налаживании контактов они смотрят на семьи, как на негативных «других». После выписки из больницы имеющие высокий суицидальный риск очень плохо приспосабливаются к жизни в окружении. Некоторые из них в дальнейшем кончают с собой, другие повторяют суицидальные попытки, в результате чего вновь попадают в больницу.

**13. Важность сохранения заботы и поддержки.** Если критическая ситуация и миновала, то специалисты или семьи не могут позволить себе расслабиться. Самое худшее может не быть позади. За улучшение часто принимают повышение психической активности больного. Бывает так, что накануне самоубийства депрессивные люди бросаются в водоворот деятельности. Они просят прощения у всех, кого обидели. Видя это, вы облегченно вздыхаете и ослабляете бдительность. Но эти поступки могут свидетельствовать о решении рассчитаться со всеми долгами и обязательствами, после чего можно покончить с собой. И, действительно, половина суицидентов совершает самоубийство не позже, чем через три месяца после начала психологического кризиса.

Иногда в суматохе жизни окружающие забывают о лицах, совершивших суицидальные попытки. По иронии судьбы к ним многие относятся, как к неумехам и неудачникам. Часто они сталкиваются с двойным презрением: с одной стороны, они «ненормальные», так как хотят умереть, а с другой – они столь «некомпетентны», что и этого не могут сделать качественно. Они испытывают большие трудности в поисках принятия и сочувствия семьи и общества.

Эмоциональные проблемы, приводящие к суициду, редко разрешаются полностью, даже когда кажется, что худшее позади. Поэтому никогда не следует обещать полной конфиденциальности. Оказание помощи не означает, что необходимо соблюдать полное молчание. Как правило, подавая сигналы возможного самоубийства, отчаявшийся человек просит о помощи. И, несомненно, ситуация не разрешится до тех пор, пока суицидальный человек не адаптируется в жизни.

***Памятка педагогам и родителям  
по предупреждению самоубийств среди школьников***

***ПРИЁМЫ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ СУИЦИДОВ***

***ВОСПРИНИМАЙТЕ ЕГО (ЕЁ) ВСЕРЬЁЗ.*** Относиться снисходительно нельзя: он уже не «на верхнем уровне детскости», а на «нижнем уровне взрослости».

***ВЫСЛУШИВАЙТЕ*** – «Я слышу тебя». Не пытайтесь сразу броситься разуверять его или утешать общими словами типа «Ну, все не так плохо», «Вам станет лучше», «Не стоит этого делать». Дайте ему возможность высказаться. Задавайте вопросы и внимательно слушайте. Если его слова вас пугают, скажите об этом прямо. Его поздно оберегать: ему нужна помощь, а не фальшивые заверения о том, что всё в порядке.

***ОБСУЖДАЙТЕ*** – открытое обсуждение планов и проблем снимает тревожность. Не бойтесь говорить об этом – большинство людей чувствуют неловкость, говоря о

самоубийстве, и это проявляется в отрицании или избегании этой темы. Беседы не могут спровоцировать самоубийства, тогда как избегание этой темы увеличивает тревожность, подозрительность к собеседнику. Не давите на него. Но покажите, что его судьба вам не безразлична.

**БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ** к косвенным показателям при предполагаемом самоубийстве. Каждое шутливое упоминание или угрозу следует воспринимать всерьез. Подростки часто отрицают, что говорили всерьез, пытаются высмеивать собеседника за его излишнюю тревожность, могут изображать гнев. Скажите, что вы принимаете их всерьез.

**ЗАДАВАЙТЕ ВОПРОСЫ** – обобщайте, проводите рефрейминг – «Такое впечатление, что ты на самом деле говоришь...», «Большинство людей задумывалось о самоубийстве...», «Ты когда-нибудь думал, как совершить его?» Если вы получаете ответ, переходите на конкретику. Пистолет? А ты когда-нибудь стрелял? А где ты его возьмешь? Что тогда произойдет? А что если ты промахнешься? Кто тебя найдет? Ты думал о своих похоронах? Кто на них придет? Недосказанное, затаенное вы должны сделать явным. Помогите подростку открыто говорить и думать о своих замыслах.

**ПОДЧЕРКИВАЙТЕ ВРЕМЕННЫЙ ХАРАКТЕР** проблем – признайте, что его чувства очень сильны, проблемы сложны – узнайте, чем вы можете помочь, поскольку вам он уже доверяет. Узнайте, кто еще мог бы помочь в этой ситуации. Если вы не очень разбираетесь в теме, отправьте подростка к тому, кто лучше вас понимает его чувства (другому специалисту). Ищите информацию вместе с ним. В данном случае признанием своей некомпетентности вы завоеуете уважение. А потом уже, когда ситуация прояснится, сможете помочь добрым советом. [17]

## Приложение 7

### Предварительное анкетирование «Что Вы знаете о ВИЧ/СПИДе?»

1. Моя жизненная ценность — это:

---

а) интересная работа; б) материально обеспеченная жизнь; в) счастливая семейная жизнь; г) здоровье; д) свобода в поступках и действиях; е) свой вариант.

2. Какая ситуация по проблеме ВИЧ/СПИД в Беларуси:

а) благополучная; б) не очень благополучная в) не задумывался.

3. Допускаете ли вы для себя возможность заражения ВИЧ-инфекцией:

а) да б) нет в) сомневаюсь?

4. Склонны ли вы судить о здоровье человека по внешнему виду:

а) да; б) нет в) иногда.

5. Излечима ли ВИЧ-инфекция:



а) да б) нет; в) не знаю.

6. Назовите пути передачи ВИЧ-инфекции.

---

7. Отметьте вариант возможного заражения ВИЧ-инфекцией:

а) незащищённый сексуальный контакт; б) пользование общей посудой с ВИЧ-инфицированным; в) укусы животных и насекомых; г) переливание крови; д) драка с ВИЧ-инфицированным; е) уход за больным СПИДом; ж) при общем использовании нестерильных шприцев, игл; з) при разговоре, чихании, кашле.

8. Оцените риск заражения ВИЧ-инфекцией при внутривенном введении наркотиков:

а) высокий; б) низкий; в) не знаю.

9. Через какой период времени после заражения ВИЧ человек может передать инфекцию другому:

а) никогда; б) через несколько часов; в) через несколько недель; г) через несколько месяцев; д) через несколько лет; е) не знаю.

10. Если сегодня результат анализа крови отрицательный, то можно ли на 100 % быть уверенным, что человек не ВИЧ-инфицирован:

а) да б) в) не знаю?

11. Через какой промежуток времени с момента предполагаемого заражения следует обращаться по поводу обследования на ВИЧ-инфекцию:

а) через несколько дней; б) через месяц; в) через три месяца; г) через полгода; д) не знаю.

12. Где можно обследоваться на ВИЧ-инфекцию:

а) в поликлинике; б) в медицинском пункте учебного заведения; в) в центре СПИД; г) у нас в городе нет таких мест; д) не знаю.

13. Всегда ли ВИЧ-инфицированная беременная женщина передаёт вирус ребёнку:

а) да; б) нет; в) не знаю?

14. Через какой промежуток времени гибнет ВИЧ при кипячении:

а) 5—10 с; б) 1 мин; в) 10 мин?

15. Существует ли вакцина или лекарства против ВИЧ-инфекции и СПИДа:

а) да; б) нет; в) не знаю?

16. СПИД и ВИЧ — одно и то же:

а) да; б) нет в) не знаю?

17. Назовите пути и средства защиты от ВИЧ-инфекции.

---

18. Больных СПИДом и ВИЧ-инфицированных людей лучше всего изолировать от общества:

а) да; б) нет

19. Насколько важна для Вас информация о СПИДе:

а) очень; б) не помешала бы; в) не задумывался об этом; г) не интересует вообще.

20. Из каких источников вы получаете информацию о ВИЧ/СПИДе?

---

Пол м ж

Возраст

## Приложение 8

### Памятка подросткам «Общие правила безопасности девушки (юноши)»

1. Прежде чем куда-то пойти, всегда ставь в известность своих родителей или других взрослых:

- Куда идешь;
- Как будешь добираться;
- Когда вернешься.

2. Говори «НЕТ!»:

- Если кто-то старается дотронуться до тебя так, что ты чувствуешь себя неловко;
- Если кто-то пытается навязать тебе свои правила общения;
- Если тебе предлагают закурить «за компанию» или совершить какой-либо

другой поступок – принимай решение самостоятельно.

3. Ты – личность и заслуживаешь того, чтобы чувствовать себя в безопасности.

4. Доверяй своим чувствам и обсуждай со взрослыми проблемы, которые не можешь разрешить самостоятельно.

5. Никогда не поздно попросить о помощи у взрослых. Если взрослых рядом нет, позвони по телефону доверия.

### Внимание!

Если тебе предлагают что-то:

- Сначала подумай. Хочешь ли ты этого, соответствует ли то, что тебе предлагают, твоим интересам, убеждениям.
- Оцени последствия этого действия.
- Оцени последствия своего отказа.
- Определись со своим решением.
- Отстаивай свое решение.

Для некоторых людей согласиться легче, чем отказать, особенно если другой человек настойчив. Сказать «Да» может означать сделать хуже себе, а сказать «Нет» - сделать хуже другим. Если человек говорит «Нет», он может почувствовать себя виноватым и одиноким.

### *Умей сказать «Нет!»*

Чтобы сказать «Нет», нужно следовать простым правилам:

1. Выслушать просьбу спокойно и доброжелательно.
2. Попросить разъяснения, если что-то неясно.
3. Остаться спокойным, принять решение и сказать «Нет».
4. Объяснить, почему ты говоришь «Нет».
5. Если настаивают, повторить «Нет» спокойно, но твердо и без объяснений.

### *Почему бывает трудно сказать «Нет»:*

1. Человек не уверен в себе, например, находится в малознакомой компании, над ним подшучивают, ловят «на слабо», или ему кто-то нравится, и он стремится показать себя «в лучшем свете».

2. Самоконтроль человека снижен, например, в состоянии болезни (даже простуды), потому что устал, не выспался или находится под действием алкоголя или других психоактивных веществ.

В состоянии сниженного самоконтроля важно быть в безопасности. Если ты сам не можешь обеспечить себе безопасность, будь рядом с тем, кто не теряет самоконтроль и может помочь тебе отстоять себя, твои интересы и здоровье (родители, друзья, взрослые).

3. Человек оказался в компании, где все ведут себя рискованно, и, отстаивая себя и свое здоровье, он становится «белой вороной».

Если твердо сказать «Нет» не получается, можно предпринять какой-то из «обходных маневров»:

- Попробуй найти «союзника» - возможно, не все в компании хотят делать то, что предлагают тебе. Это позволит снизить давление на тебя.
- Скажи помогающую фразу: «Как-нибудь в другой раз».
- Попытайся сменить тему, предложив какое-то другое занятие.
- Объясни, что не принуждаешь никого из них что-либо делать, и поэтому они так же не должны приставать к тебе.
- Опиши какие-нибудь негативные последствия рискованного поведения («заболеем», «поймают» и т.п.)
- Уйди и не участвуй в нежелательном действии.
- В следующий раз обходи стороной эту компанию.

### *Правила безопасного поведения:*

Прежде чем предпринять что-либо, оцени для себя степень риска попадания в неприятную или опасную историю. Постарайся заранее снизить риск. Например, если

приходится возвращаться поздно, то лучше идти длинным путем по освещенным улицам, чем коротким – по темным подворотням.

*Ты в опасности, если общаешься с людьми, которые:*

- Завидуют тебе, не позволяют заводить других друзей, следят за тобой;
- Угрожают, носят оружие, внушают опасение своими неожиданными реакциями;
- Учиняют разбои, нападения, быстро выходят из себя;
- Зависимы от алкоголя, наркотиков, предлагают или заставляют тебя употреблять их тоже...

Если тебя волнуют эти и другие вопросы по поводу принуждения и угроз в твой адрес, и ты хотел бы обсудить это, то поговори об этом со взрослыми, с другом или позвони по телефону доверия.

Способность сказать «Нет» повышает твою ценность в глазах других людей. Однако эта способность так же важна, как и способность сказать «Да». Важно верно оценивать риски конкретной ситуации, и уметь отстаивать свои интересы. Обычно, если люди уверены в общении, им несложно отстаивать свое мнение и свои интересы.

*Правила конструктивного общения:*

- Будь хорошим слушателем: поощряй других говорить о самих себе.
- Используй правило «трех плюсов»: улыбка, комплимент, имя собеседника.
- Говори о том, что интересует собеседника.
- Помни: люди склонны слушать другого только после того, как выслушали их.
- Помни: лучший собеседник не тот, кто умеет хорошо говорить, а тот, кто умеет хорошо слушать.
- Никогда не выноси суждения о человеке в целом лишь на основании подмеченных проявлений тела.
- Обращай внимание на так называемые «мелочи» в общении!